BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGT-HUITIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1845

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Lorsque, dégagé de toute préoccupation théorique, on suit avec quelque attention la pratique des médecins dont le nom fait autorité dans la science, et que l'on compare cette pratique avec celle à laquelle on s'astreignait généralement il y a quelque vingt ans, il est impossible de n'être point frappé de la différence profonde qui sépare les méthodes suivies à ces deux époques différentes. Tant qu'on ne vit dans la maladie qu'un traumatisme interne, tant surtout qu'on accepta la caractérisation de ce traumatisme telle que l'avait formulée l'école physiologique, la thérapeutique dut se renfermer dans un cercle de moyens fort restreint, lesquels avaient uniquement pour but d'éteindre sur place la maladie : cela était logique. Mais quelque explicites que fussent les affirmations de la théorie, comme la science du traitement des affections morbides ne peut se constituer qu'à la condition d'expériences, ou, pour parler plus humainement, qu'à la condition d'une pratique, qui détermine la valeur réelle des inductions auxquelles la théorie conclut, il était inévitable qu'un temps arriverait où il faudrait que ce système comptât avec les faits et subît le contrôle de leur irrécusable autorité : ainsi les choses se passèrent-elles.

Nous ne parlons point de cette bardie généralisation de Broussais qui, réduisant les fièvres dites essentielles à une irritation de la muqueuse gastro-intestinale, alla, dans cette conception systématique,

jusqu'à ne voir dans les fièvres intermittentes elles-mêmes qu'une autre expression symptomatique de cette irritation ; c'était là une assertion qu'une masse énorme de faits authentiquement constatés avaient à l'avance réfutée, et qui devait tomber devant les enseignements de l'expérience la plus simple. Mais battue sur ce point, sans s'avouer vaincue cependant, la doctrine physiologique maintenait la vérité de son principe à l'égard de la presque totalité des autres maladies qu'embrasse le cadre nosologique. Comme la réfutation de cette seconde assertion impliquait nécessairement un beaucoup plus grand nombre d'expériences, il s'ensuivit nécessairement que la réaction sur ce point tarda un peu plus longtemps à se faire, et qu'aujourd'hui même peut-être elle n'est pas encore entièrement accomplie dans un certain nombre d'esprits. Toutefois, nous nous hâtons de le reconnaître, si le professeur du Val-de-Grâce exagéra l'importance de l'élément morbide dont il fit la base de sa théorie, il est incontestable que, jusqu'à lui, cet élément n'avait point été aussi rigoureusement saisi, et qu'il a par son exagération même contribué puissamment à mettre en lumière ce côté de la maladie.

Mais quand l'expérience eut, par ses enseignements positifs, montré que la maladie, dans un très-grand nombre d'affections, n'est pas plus réductible à l'irritation morbide que la vie elle-même n'est réductible aux organes et à l'action des stimulants normaux sur ces organes, et que la thérapeutique par conséquent ne peut être resserrée dans le cercle des moyens antiphlogistiques, le principe de localisation qui est au fond de la doctrine de Broussais n'en domina pas moins pendant longtemps encore la thérapeutique ; l'anatomie pathologique en fit à son tour le fondement de cette science. La doctrine physiologique avait réduit la science du traitement des maladies à la diète, aux sangsues et à l'eau de gomme ; l'anatomie pathologique aboutit sur le même point à un scepticisme à peu près complet.

Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, de parcourir les ouvrages conçus au point de vue de l'anatomisme pur. L'efficacité des indications les mieux éprouvées, celles par lesquelles notre belle science se défend de l'accusation toujours renouvelée de n'être qu'un mensonge habilement soutenu, cette efficacité, disons-nous, fut hautement mise en doute par les médecins eux-mêmes. Que si jusque-là tous les grands praticiens avaient constaté l'heureuse influence des saignées à doses élevées dans un grand nombre de pneumonies, ils avaient été déçus par de fausses apparences ; à peine si ce moyen abrége la durée de cette affection. Ce que l'on disait de la pneumonie, à plus forte raison le soutenait-on à propos des autres phlegmasies, des congestions, des

fluxions sanguines graves qui, s'accomplissant sur des organes importants à la vie, peuvent entraîner la mort sans même donner lieu à un travail inflammatoire. Il en fut de même des révulsifs; soit qu'ils s'appliquassent à la peau, soit qu'ils portassent leur action sur un appareil interne, ils pouvaient ajouter à la maladie principale, ils n'avaient aucune action sur sa marche, sa durée, sa terminaison.

Si l'anatomisme aboutit à ces conclusions sur ces deux grandes méthodes de traitement, il se montra bien plus sévère encore sur une foule de moyens que jusque-là la thérapeutique avait mis en œuvre pour combattre les maladies; tous ces moyens n'étaient, au point de vue de cette doctrine, qu'un farrago de savantes inutilités, et la statistique fut l'instrument dont on se servit pour vider cette autre étable d'Augias.

Telle a été pendant longtemps la philosophie qui présida aux applications de la thérapeutique; et, chose remarquable, la science ne se montra jamais plus fière, plus hautaine, plus contente de soi, que quand elle abdiqua, en quelque sorte, en proclamant son impuissance.

Où en sont maintenant ces idées? quelle trace ont-elles laissée dans la science? commandent-elles encore la thérapeutique? C'est ce que nous allons essayer de déterminer, non pas en feuilletant les livres nombreux qui éclosent chaque jour, mais en suivant une voie tout à la fois plus courte et plus sûre, en jetant un coup d'œil rapide sur la pratique générale, et en essayant ainsi d'en caractériser les tendances.

Si l'on observe avec quelque attention la pratique des médecins dont les idées se heurtent le plus dans les discussions doctrinales, ce qui frappe tout d'abord, c'est une certaine hardiesse dans l'emploi des moyens par lesquels ils se proposent de combattre les maladies. Dans l'enthousiasme avec lequel on accueillit tout d'abord la doctrine de l'irritation, on usa largement, on abusa quelquefois de la méthode préconisée par cette théorie : renseigné par une expérience décisive, aujourd'hui on est moins porté, beaucoup moins porté à user de cette méthode; mais dans les cas où elle est évidemment applicable, on l'emploie d'une manière plus hardie. C'est ainsi, par exemple, pour en revenir encore une fois à la pneumonie, qu'en général, quand il y a indication bien tranchée à la pratique de la méthode antiphlogistique, on tire beaucoup plus de sang que ne faisait Broussais lui-même. C'est M. le professeur Bouillaud, il est juste de le reconnaître, qui a surtout fait comprendre les avantages de cette méthode, et aujourd'hui, sauf quelques exceptions et seulement dans un certain nombre de cas, que ce médecin distingué a trop généralisés, elle est devenue la pratique de la plus grande partie des médecins éclairés. Il en est

encore de même dans les phlegmasies cérébrales ; quand elles ne sont point un des accidents d'un état morbide complexe, on use hardiment de ce moyen, et au grand avantage des malades.

Nous venons de dire incidemment que la formule des saignées à hautes doses n'est point applicable à tous les cas de pneumonie ; c'est là un fait désormais hors de toute contestation, selon nous. Or, dans ces cas, soit qu'il s'agisse d'une complication bilieuse, soit que les contre-indications à l'emploi de cette méthode naissent de conditions particulières, telles que l'âge, la constitution, etc., si l'on recourt à la méthode évacuante ou au tartre stibié employé suivant les idées de l'école italienne, on le fait avec un esprit de suite, avec une mesure, qui assurent le succès de la médication. Nous dirons la même chose d'une maladie toujours à l'ordre du jour, de la fièvre continue : bien que les recherches microscopiques auxquelles se sont livrés dans ces derniers temps MM. Andral et Gavaret les aient conduits à considérer cette affection sous un point de vue entièrement nouveau, les questions nombreuses qui se posent à propos des pyrexies, et surtout de leur traitement, sont loin d'être résolues. Mais si les recherches microscopiques n'ont fait jusqu'ici rien de plus que de mettre en lumière un des éléments les plus remarquables sans aucun doute de la fièvre typhoïde, c'est à savoir une diminution constante dans la quantité de fibrine contenue dans le sang, elles n'ont, pas plus que les découvertes de l'anatomie pathologique, servi l'intérêt de la thérapeutique ; celle-ci reste tout entière à constituer, et attend presque tout des travaux de l'avenir. Remarquez cependant, malgré les obscurités de la science sur ce point, combien la thérapeutique se développe plus hardiment vis-à-vis de cette affection. Il n'est pas, à l'heure qu'il est, un seul praticien peut-être qui hésite à recourir à la méthode évacuante dans cette maladie, quand il se trouve en face d'une indication qui appelle l'application de cette méthode. Il y a vingt ans, alors qu'on était sous l'influence d'une sorte de phlogophobie, il y a quelques années, quand aux yeux de la plupart des médecins toute la maladie se résolvait dans les lésions de l'appareil glandulaire de la muqueuse intestinale, nul n'osait mettre en contact avec celle-ci des agents qui devaient infailliblement augmenter l'intensité de ces lésions. Que s'est-il donc passé depuis cette époque, pour que cette méthode ait été aussi réhabilitée dans la plupart des esprits ? Les praticiens sont-ils devenus plus téméraires, ou la maladie a-t-elle changé ? Ni l'un ni l'autre. Seulement les enseignements positifs et l'expérience ont prévalu sur les assertions tranchantes de la théorie, et tout le monde aujourd'hui marche hardiment dans la voie que l'expérience a ouverte.

Mais la réaction que nous signalons, et qui est le caractère propre de la médecine contemporaine, n'a pu se borner aux maladies que nous venons de rappeler, elle s'est étendue au cadre nosologique tout entier. Aussi voyez comme les expériences, tout en se tenant dans la mesure commandée par la prudence, se multiplient de toutes parts. La tradition scientifique, les découvertes de la chimie moderne, sont tour à tour mises à contribution pour enrichir la thérapeutique, ou en assurer l'efficacité. On ne voyait dans les ouvrages de P. et J. Franck, d'Hufeland, de Stoll, de Van-Swieten, de Murray, etc., qu'une indigeste polypharmacie; on traitait presque ces grands praticiens comme nous l'avons entendu faire un jour de Lazarre Rivière, qu'on caractérisa d'une façon peu scientifique, en l'appelant grand imbécile : aujourd'hui tous les bons esprits reviennent à ces nobles représentants de la science. Non certainement, nous nous hâtons de l'ajouter, que tout soit à prendre indistinctement dans les volumineux recueils qu'ils nous ont laissés, et il y a aussi là un *caput mortuum*, qu'il est inutile de faire revivre; c'est la part de la préoccupation théorique, qui pousse toujours l'intelligence humaine au-devant des faits, la fait quelquefois prédire juste, mais conduit à l'erreur le plus souvent. D'un autre côté, ce n'est point en vain que tant d'esprits éminents, qui ne se sont point tout entiers dépensés en erreurs, ont agité les problèmes les plus élevés de la science, ont marché même dans les voies les plus abruptes; là partout ils ont laissé trace de leur génie : or, au lieu d'épuiser la science dans une critique sans terme, c'est à faire concorder les résultats des découvertes modernes avec ceux de la science du passé, qu'il faut appliquer ses efforts.

Ainsi le comprennent, nous en sommes convaincu, les hommes qui marchent aujourd'hui à la tête de la science ; ils travaillent à reculer les limites de la thérapeutique en s'éclairant tout à la fois de l'expérience du passé, dont une critique sage peut faire sortir des richesses réelles, et en se laissant guider par les vues les plus hautes de la science moderne.

Que si, qu'on nous permette de le dire en finissant, on veut bien se rappeler l'esprit dans lequel a été conçu et dans lequel s'est invariablement maintenu ce journal, peut-être aura-t-on la justice de convenir que nous ne sommes point venus en arrière de ce mouvement. L'expérience, voilà le pain quotidien de la science thérapeutique. Mais pour que cette expérience soit ainsi le réel aliment de cette science, il ne faut pas qu'elle s'emprisonne dans le cercle étroit d'une conception théorique ; il faut qu'elle s'institue sur la plus large base, et qu'elle résume en elle les résultats de l'observation complète de la maladie.

C'est pour atteindre ce but que, tout en appréciant suivant leur haute importance les travaux cliniques de la grande école de Paris, nous y joignons des travaux conçus sous d'autres influences doctrinales, comme dans d'autres conditions climatériques, et que nos abonnés deviennent par là même nos collaborateurs naturels.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DE LA GLOTTE.

Par M. VALLEIX, médecin des hôpitaux, etc.

L'œdème de la glotte n'est point une maladie fréquente, mais il constitue un accident redoutable et dont il est bien difficile d'empêcher la terminaison funeste. Sous ce rapport, il intéresse au plus haut point le praticien, et il est important surtout de bien connaître les circonstances dans lesquelles il se développe, afin de le prévenir, s'il est possible, et de savoir quels sont les moyens de traitement les plus efficaces, afin de les lui opposer dès qu'il se manifeste. Tous les jours on est exposé à voir se produire un œdème de la glotte chez les convalescents ou chez les individus affectés de maladies du larynx; par conséquent ce serait être véritablement coupable que de ne pas se mettre à même de reconnaître, de prévenir ou d'arrêter les progrès du mal. Les considérations suivantes, résultant d'un nombre assez considérable de faits, auront donc nécessairement une valeur incontestable.

Dans un mémoire publié par l'Académie de médecine (*sous presse*), j'ai étudié avec soin toutes les parties de l'histoire de l'œdème de la glotte; mais j'ai surtout insisté sur les *causes* et sur le *traitement*, qui sont évidemment les points capitaux; en sorte que je n'aurai qu'à présenter ici, d'une manière succincte et en les accompagnant des réflexions pratiques qu'ils suggèrent naturellement, les résultats obtenus par l'étude des faits qui ont servi de base à ce mémoire.

1° *Causes.*— Nous devons, dans l'examen des causes, suivre la division ordinaire en *causes prédisposantes* et *occasionnelles*, quoique nous n'ayons sur les premières que des considérations assez peu positives. Il viendra sans doute un temps où des études plus sévères amèneront quelques résultats, et alors les faits, dont je vais présenter ici la substance, auront pour complément les nouvelles observations.

C'est ordinairement chez les adultes que se développe l'œdème de la glotte. D'après trente-six cas que j'ai étudiés, on l'observe surtout à l'âge de dix-huit à trente ans; on en trouve facilement la raison dans le grand nombre de phthisies qui se montrent à cet âge. C'est, en effet,

l'ulcération des voies aériennes qui donne le plus souvent lieu à l'œdème de la glotte : or, cette ulcération, se rencontrant presque toujours chez des phthisiques, il n'est point surprenant que l'œdème de la glotte, conséquence de ces ulcérations, se montre de préférence à l'âge où la phthisie est surtout fréquente.

Sous le rapport du sexe, nous trouvons une circonstance curieuse; les femmes, on le sait, sont plus souvent affectées de phthisie que les hommes; on devrait donc s'attendre naturellement à trouver chez elles l'œdème de la glotte plus commun. Cependant, il n'en est point ainsi; mais il n'y a rien là de contraire aux lois pathologiques : si la phthisie est plus commune chez les femmes, il n'en est pas moins vrai que les ulcérations des voies aériennes sont, ainsi que l'a démontré M. Louis, trois fois plus communes chez les hommes. Cela tient-il à ce que ces derniers ont de plus mauvaises habitudes hygiéniques que les femmes? c'est ce qui est plus que probable. Mais en supposant même que l'on ne voulût pas admettre une explication aussi simple, les faits ne nous apprendraient pas moins pourquoi sur quarante cas les hommes affectés d'œdème de la glotte se sont trouvés dans la proportion de vingt-neuf à onze; car cette proportion est absolument semblable à celle des ulcérations laryngiennes suivant les sexes. C'est ordinairement sur des constitutions détériorées que se montre l'œdème de la glotte, et on le conçoit facilement, puisqu'il est fréquemment le résultat d'une affection ordinairement chronique, l'ulcération du larynx, qui est elle-même presque toujours la conséquence d'une phthisie pulmonaire.

Ce qu'il importe surtout de constater, parce que les conséquences pour la pratique en sont directes et extrêmement importantes, c'est l'état de santé dans lequel se développe la maladie. On sent, en effet, combien il est nécessaire de savoir quelles sont les circonstances de ce genre où la maladie prend le plus facilement naissance, puisque, par certaines précautions ordinairement trop négligées, on peut mettre les sujets à l'abri d'un aussi terrible accident. Je dirai d'abord qu'il est fort rare que l'œdème de la glotte se manifeste dans l'état de santé. C'est ce qui n'a eu lieu, en effet, que quatre fois sur quarante cas que j'ai empruntés à différents auteurs; et même il faut dire que chez un malade, observé par M. Miller, il y avait une petite tumeur du cou avec tendance à la suppuration, de telle sorte qu'à la rigueur on pourrait réduire à trois le nombre des sujets que je viens de citer. Ainsi, premier résultat : c'est, dans l'immense majorité des cas, chez des sujets déjà malades que se manifeste l'œdème de la glotte.

Si maintenant nous examinons les cas dans lesquels la maladie s'est produite à la suite d'une autre affection, nous voyons que le plus sou-

veut c'est dans le cours ou dans la convalescence d'une affection aiguë que survient l'accident ; mais sous ce rapport il est une considération importante que je ne dois pas négliger, c'est que fort souvent la maladie dans le cours de laquelle se développe l'œdème de la glotte est une maladie étrangère au larynx, et que cette maladie est presque toujours une affection avec mouvement fébrile intense. Dans plus de la moitié des cas, en effet, il s'agit de fièvres typhoïdes (fièvres graves, adynamiques, putrides, etc.), de pneumonies, d'érysipèles, de scarlatines. Quant aux affections propres au larynx, qui donnent lieu à la phthisie pulmonaire, c'est, comme je l'ai déjà dit, l'ulcération soit simple, ce qui est rare, soit cancéreuse, soit syphilitique.

Les conséquences pratiques sont, comme je l'ai déjà dit, bien faciles à tirer de ce qui précède. Un malade est-il dans le cours d'une maladie fébrile intense ; est-il surtout dans la convalescence d'une affection qui a profondément débilité l'organisme? le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'accident dont il s'agit ici ; il doit environner le malade de toutes les précautions nécessaires pour prévenir le développement des angines ; et dès qu'il constate, du côté de la gorge, des symptômes, *quelque légers qu'ils soient*, il faut de toute nécessité qu'il agisse promptement pour les enrayer ; car on ne doit jamais supposer en pareille circonstance qu'on a affaire à un mal de gorge ordinaire ; il vaut mieux pécher par excès de prudence.

Quelles sont maintenant les causes occasionnelles ? Sous ce point de vue, je ne peux mieux faire que de donner un extrait du mémoire cité plus haut ; car on y trouvera un résumé succinct de tout ce que peuvent nous apprendre les faits :

« Pour quiconque a étudié attentivement les lésions de l'œdème de la glotte, l'appréciation des causes déterminantes devient d'une grande facilité ; il résulte, en effet, de l'analyse des observations, que l'œdème de la glotte provient :

« 1° D'une inflammation simple de la muqueuse laryngo-pharyngienne ;

« 2° De l'ulcération aiguë ou chronique du larynx, et plus rarement du pharynx ;

« 3° D'un abcès simple du pharynx, et plus rarement du larynx ;

« 4° D'une altération plus ou moins profonde des cartilages laryngiens, avec abcès sous-muqueux ou ulcération de la membrane muqueuse ;

« 5° Dans des cas exceptionnels, une inflammation profonde d'un organe plus éloigné, tel que la langue, peut, en étendant son action jusqu'à la partie supérieure du larynx, occasionner cet œdème. »

Voilà les causes déterminantes sur lesquelles l'analyse des faits ne laisse aucun doute ; mais la plupart des auteurs sont loin d'avoir adopté complétement cette étiologie : ainsi Bayle, M. Tuilier et plusieurs autres ont paru admettre l'existence, dans le larynx, d'un œdème semblable à celui qui se produit d'une manière passive dans les autres organes, et, dans ces derniers temps, M. Fleury (*Des causes, de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse. Journ. de méd.*, janv. 1844) a cherché à défendre cette opinion. Or, je crois pouvoir dire, d'après l'étude attentive des faits nombreux précédemment cités, qu'elle n'est point juste. Sur quoi se fonde-t-on, en effet, pour la soutenir? d'abord sur ce que M. Barrier a cité un fait dans lequel, à la suite d'une scarlatine, il y a eu un œdème de la glotte sans inflammation apparente de la muqueuse. Mais, ainsi que je l'ai démontré dans mon mémoire, ce fait isolé n'est point concluant; il y avait, en effet, avant que la suffocation se manifestât, avant, par conséquent, que l'obstacle matériel fût sensible pour la malade, un embarras, une douleur vers la gorge, en un mot des symptômes d'une légère angine ; or, d'une part, on comprend facilement qu'une angine très-légère suffise, à la suite d'une scarlatine, pour produire une infiltration séreuse assez abondante, et d'autre part, on ne doit pas être surpris de ne point trouver de signes évidents d'inflammation après la mort, puisque ces signes nous les voyons disparaître tous les jours dans des endroits où pendant la vie nous avions pu les constater jusqu'au dernier moment. Toutefois, si nous n'avions pour nous prononcer que le raisonnement, quelque satisfaisant qu'il paraisse, on pourrait conserver des doutes; mais ce qu'on vient d'indiquer comme étant très-probablement arrivé dans le cas cité par M. Barrier, nous pouvons, pour ainsi dire, le voir dans quelques autres observations, et notamment dans une de celles qui ont été rapportées par M. Tuilier. Chez un sujet, en effet, qui avait présenté tous les signes d'une inflammation de la gorge, on trouva la muqueuse intacte, et cependant le tissu sous-muqueux était infiltré de pus. La présence de ce pus n'indiquait-elle pas évidemment l'existence d'une inflammation assez intense, quoiqu'on n'en trouvât pas de signes évidents sur la muqueuse?

On a invoqué encore quelques faits analogues, indiqués par MM. Trousseau, Guersant et Blache ; mais ces faits ne sont point rapportés en détail, et il serait plus que téméraire de vouloir établir sur eux son opinion. M. Fleury s'est en outre fondé sur quelques observations de M. Tuilier ; mais il est évident qu'il s'en est rapporté tout simplement à l'opinion de l'auteur, et qu'il n'a point critiqué suffisamment les faits ; car dans toutes les observations de M. Tuilier, l'existence de l'inflam-

mation est évidente. Au reste, Bayle lui-même avait reconnu dans l'œdème de la glotte une irritation, une inflammation qui, selon lui, différait de la laryngite décrite par Boerhaave, mais qui n'en était pas moins réelle.

Nous venons de voir que dans les cas où l'œdème de la glotte survient dans le cours d'une maladie étrangère au larynx, c'est à l'inflammation qu'il faut la rapporter; mais lorsqu'il existe une affection du larynx (ulcère, abcès, carie), quelle est sa cause déterminante? évidemment encore la même; le pus qu'on trouve dans les parties infiltrées et le ramollissement de ces parties le prouvent suffisamment. Que se passe-t-il donc dans le cours de ces affections pour produire cette espèce d'inflammation intercurrente? ce qui se passe dans tant d'autres lésions du même genre, dont nous pouvons facilement suivre les progrès. Ne voyons-nous pas, en effet, tous les jours, un ulcère ayant son siége à la surface externe du corps, s'enflammer souvent pour une cause légère, et un gonflement plus ou moins considérable, avec infiltration de ses bords, être la conséquence de cette inflammation? Or, ce gonflement, qui dans les autres parties n'a pas d'inconvénient ou n'en a qu'un très-faible, produit dans le larynx une des formes de la lésion à laquelle on a donné le nom d'œdème de la glotte.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur les diverses causes qui produisent cet œdème, nous voyons qu'elles consistent toutes dans une irritation locale, dont le résultat est tantôt une infiltration de sérosité, tantôt une infiltration de sérosité mêlée de pus, et tantôt une véritable infiltration de pus. Cette dernière espèce, désignée sous le nom de *laryngite purulente*, n'est pas généralement regardée comme un véritable œdème de la glotte; mais c'est bien à tort, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations. Les causes et les symptômes sont, en effet, les mêmes, à quelques légères nuances près, et le passage de l'œdème à l'infiltration purulente se fait d'une manière tellement insensible, qu'il est absolument impossible de trouver le point de séparation de ces deux formes, que l'on veut cependant regarder comme distinctes. C'est pour cette raison que j'ai, dans le mémoire précédemment cité, décrit toutes ces espèces de laryngites sous le nom de *laryngite séro-purulente*.

Toutes les considérations qui précèdent n'auraient point une grande importance pour la pratique, si l'on ne pouvait en tirer des conséquences véritablement utiles à connaître quand on se trouve auprès des malades; ce serait tout simplement de l'anatomie pathologique plus ou moins curieuse. Mais il n'en est point ainsi, comme on va le voir. Tout le monde sait, sans doute, qu'il faut prendre de grandes précau-

tions chez les sujets convalescents d'une maladie grave ; mais si l'on est bien convaincu, comme on doit l'être, que chez ces sujets une angine de très-médiocre intensité, une angine qui chez un sujet bien portant n'aurait aucun danger et souvent même n'exigerait aucun soin, peut avoir un résultat aussi funeste que celui de produire un œdème de la glotte, ne devra-t-on pas encore redoubler de précaution et diriger contre l'inflammation du larynx, si elle venait à se produire, un traitement beaucoup plus actif qu'on ne le ferait en toute autre circonstance ? C'est ce qui me paraît démontré par toutes les considérations précédentes. Les mêmes réflexions s'appliquent aux divers cas de maladies chroniques du larynx. Que chez les sujets affectés d'ulcérations, de carie, il survienne une très-légère inflammation, et aussitôt il y a une aggravation extrême dans des symptômes jusque-là supportables ; et si cette inflammation fait quelques progrès, l'œdème de la glotte survient avec tous ses dangers.

On n'a généralement pas assez insisté sur l'extrême gravité d'un certain nombre de maladies qui surviennent dans le cours d'autres affections plus ou moins violentes, et cependant nous en avons tous les jours des exemples sous les yeux. Quelle différence, en effet, entre une pleurésie, une péricardite, un érysipèle, une entérite même, survenant dans le cours d'une bonne santé, et ces mêmes affections attaquant des sujets déjà malades ! Les premières pourraient être presque rangées parmi de simples indispositions, tandis que les secondes hâtent souvent la terminaison fatale ou même la déterminent par elles-mêmes.

L'angine se produisant dans ces circonstances diverses est évidemment soumise aux mêmes lois, et c'est ce qu'on n'avait pas suffisamment établi jusqu'à présent.

2° *Traitement préservatif.* — De tout cela, il résulte donc que les sujets placés dans les conditions qui viennent d'être mentionnées doivent, comme je l'ai dit dans mon mémoire, éviter soigneusement tout ce qui peut être regardé comme une cause d'angine : l'action du froid et de l'humidité, les variations brusques de température, l'inspiration des vapeurs irritantes, les grands efforts de la voix ; et l'on ne doit pas craindre en cela d'être trop sévère, car la moindre imprudence pourrait avoir les conséquences les plus funestes.

3° *Traitement curatif.* — Si malgré toutes ces précautions il survenait du côté du larynx la moindre douleur, la moindre gêne, on devrait se hâter de mettre en usage les fumigations émollientes et narcotiques ; la chaleur appliquée autour du cou, à un degré modéré cependant ; des saignées générales et locales, et enfin les révulsifs et les dérivatifs qui agissent le mieux en pareil cas. Ce n'est pas à dire que ces moyens soient

héroïques; mais de ce qu'ils sont loin de réussir toujours, faut-il en conclure, avec M. Fleury, que la maladie n'est pas une inflammation? Non sans doute, car de cette manière on arriverait également à conclure que la pneumonie n'est pas une inflammation du parenchyme pulmonaire.

Lorsque l'œdème de la glotte est confirmé, on met principalement en usage le tartre stibié et les vésicatoires. Un large vésicatoire sur le cou, l'émétique en lavage, telles sont les prescriptions qui ont paru avoir des effets très-avantageux, dans deux cas que j'ai observés, et dans d'autres qui ont été cités par M. Vidal de Cassis.

M. Bricheteau a rapporté une observation dans laquelle les frictions mercurielles à haute dose ont été suivies de la guérison de la maladie. C'est un fait qui ne doit pas être perdu pour la pratique. Quant aux antispasmodiques et aux diurétiques, on ne doit avoir en eux qu'une confiance limitée; car rien ne prouve leur efficacité réelle.

On a encore tenté l'insufflation de certaines poudres, comme la poudre d'alun et de nitrate d'argent; mais ces moyens ont pour effet immédiat d'augmenter considérablement la dyspnée, en sorte qu'il y a un danger réel à les mettre en usage.

Lorsque les agents thérapeutiques que je viens d'indiquer n'ont point eu d'effet évident, il ne faut pas hésiter à recourir aux moyens chirurgicaux. Ces moyens consistent d'abord dans l'incision et la déchirure des bourrelets formés par l'infiltration séreuse ou séro-purulente. L'incision a été pratiquée par M. Lisfranc, et avec des succès non douteux.

On a, il est vrai, élevé contre elle des objections; mais ces objections tombent devant les faits. La difficulté de cette opération a engagé MM. Marjolin et Legroux à déchirer les bourrelets; ce que l'un fait à l'aide d'un corps dur introduit dans le pharynx, et l'autre avec son ongle taillé de manière à former des pointes aiguës. Mais les faits cités par M. Lisfranc prouvent que la difficulté de l'incision est loin d'être très-grande, en sorte qu'on ne voit pas la nécessité d'avoir recours à la lacération des tissus, dont la conséquence peut être une inflammation plus vive.

Enfin la trachéotomie offre une dernière ressource qui ne doit pas être négligée. Nous possédons maintenant un certain nombre de faits qui prouvent son utilité, lorsque la suffocation devient imminente. M. Bricheteau, en particulier, en a cité de remarquables.

Tels sont les moyens propres à combattre un accident si souvent funeste; ce sera au médecin à en mesurer l'énergie sur la violence du mal. Trop souvent on laisse succomber des malades faute de connaître toutes les ressources que possède la médecine, et c'est ce qui donne une importance réelle aux considérations dans lesquelles je viens d'entrer.

VALLEIX.

DE L'EFFICACITÉ DU SUBLIMÉ DANS LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS SECONDAIRES ET TERTIAIRES DE LA SYPHILIS.

Par M. A. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

J'ai publié dans ce recueil, numéro du mois d'avril 1844, la méthode de traitement que j'emploie journellement à l'hôpital Saint-Louis pour combattre les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis. Je citais à cette occasion le cas d'un malade dont j'annonçais la guérison prochaine comme un des plus beaux succès qu'on puisse obtenir d'un traitement heureusement employé, et j'annonçais la publication prochaine de ce fait. Aujourd'hui, qu'un laps de temps suffisant est écoulé et que je viens de revoir ce malade, je puis avec confiance livrer son historique à la publicité. Je le fais, non pas tant dans le but d'enregistrer un succès, que de donner encore une preuve de l'efficacité du mercure bien administré dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis.

Si, depuis quinze ans, l'usage du sublimé n'est pas totalement tombé en désuétude, il est au moins abandonné par un grand nombre de médecins. On lui substitue des composés mercuriels infidèles dans leurs effets, parce que leur préparation peut être elle-même infidèle. D'une autre part, on a donné à l'iodure de potassium une importance exagérée. Enfin, bon nombre de médecins, à la tête desquels on regrette de trouver ceux-là même qui occupent le premier rang dans la spécialité thérapeutique de la syphilis, s'abstiennent de tout traitement mercuriel à l'égard des symptômes primitifs de cette affection, ou ils se bornent à faire prendre du mercure pendant quinze ou vingt jours, et abandonnent à eux-mêmes les accidents primitifs qui sont en voie de guérison.

C'est, il faut le dire hautement, à cette conduite imprudente qu'il faut attribuer la masse de syphilides qui se présentent à l'observation des médecins de l'hôpital Saint-Louis. Tous les jours nos consultations sont remplies de ces malades. Aux uns nous comptons pour antécédent une blennorrhagie, aux autres un chancre cautérisé que l'on a fait avorter à son début ; ailleurs c'est la méthode antiphlogistique seule qui a été mise en usage, etc., etc. Et si je n'étais renfermé ici dans les limites de la narration d'un fait, je n'hésiterais pas à formuler mes pénibles impressions à cet égard d'une manière plus large et plus explicite. Aussi est-ce avec bonheur qu'assistant en juillet dernier à une des séances de la Société de médecine de Bordeaux, j'ai vu la généralité des médecins de cette ville partager ma manière de voir à cet égard, et répudier en quelque sorte les doctrines contraires, se glorifiant d'ailleurs de ne pas

s'être laissé guider par les idées plus ou moins spécieuses de la capitale, présentées d'ailleurs d'une manière séduisante, et de s'être toujours attachés aux résultats obtenus sur le vaste théâtre de cette ville, et d'après l'expérience des siècles passés.

Pourquoi d'ailleurs cette sorte de besoin d'innover en préparations et en formules thérapeutiques? Pourquoi préférer au sublimé, médicament soluble, c'est-à-dire un médicament placé dans les conditions les plus favorables à l'absorption, des médicaments insolubles et d'une préparation incertaine, comme sont le calomel, le proto et le deutoiodure de mercure? Est-ce la salivation que vous redoutez? mais ces trois derniers composés la font naître plus souvent que le premier; est-ce une action trop énergique? donnez le sublimé à dose moins élevée et associez-le constamment à l'opium, et vous n'aurez jamais d'accidents redoutables. Depuis plus de vingt ans que mes rapports avec les élèves, mon séjour dans les hôpitaux et ma clientèle m'ont mis à même d'administrer le mercure, je n'ai jamais varié, et je n'ai jamais eu un accident de quelque gravité.

Voyez d'ailleurs l'infidélité qui peut ressortir du fait même de la préparation du calomel, du proto et du deutoiodure de mercure. Ces composés sont préparés avec des composés solubles de mercure. Le calomel est-il préparé même à la vapeur, il peut entraîner avec lui une certaine quantité du sel soluble qui sert à sa préparation, et s'il a été mal lavé, il devient cent fois plus actif qu'il ne doit l'être réellement. Bon nombre de nos plus célèbres praticiens reculent devant l'administration du calomel aux enfants comme purgatif, à cause des fréquentes salivations qu'il développe.

J'en dirai autant des deux autres composés, qui sont obtenus par précipitation d'une solution mercurielle à l'aide de l'iodure de potassium. Si le composé insoluble qui résulte de la double décomposition n'est pas lavé, au lieu d'avoir un sel peu actif, vous avez un médicament énergique, et cependant vous n'hésitez pas à le donner à la dose d'un et deux grains par jour. Parfois vous avez de plus, dans ce composé, une certaine quantité d'iodure de potassium qui dissout l'iodure de mercure, en sorte que vous n'êtes jamais sûr de doser et d'administrer ces composés avec toute l'exactitude, je dirais presque la rigueur que réclame leur administration. Au surplus, le fait que je vais rapporter, et les corollaires dont je le ferai suivre, démontreront, je l'espère, qu'il ne faut pas trop s'abandonner à toutes ces innovations dont les succès sont en général éphémères, et qu'il y a lieu de revenir au médicament dont l'autorité de plusieurs siècles a consacré l'usage.

Auguste D...., âgé de trente-huit ans, né à Besançon, maréchal-des-logis

dans la garde municipale, contracte en juillet 1837 une chaudepisse, un chancre et deux bubons. Il entre au Val-de-Grâce. —Il *est traité par les émollients*. Les bubons s'ulcèrent, et après quatre mois de séjour le malade sort dans un état apparent de guérison.

Quelque temps après de nombreuses pustules apparaissent sur tout le corps; elles s'ulcèrent, se couvrent de croûtes.— Il rentre au Val-de-Grâce. (Régime sévère; tisane de salsepareille; pansement avec du cérat mercuriel.) Sept mois de séjour. Congé de convalescence; le malade se rend à Besançon en mai 1838.

En juillet même année, il est forcé d'entrer à l'hôpital de Besançon, de nouvelles pustules ulcérées étant survenues; bientôt *douleurs ostéocopes*; exostose au radius gauche; périostose au tibia droit, puis ulcération dans ce point, puis fistule. (Nouveau régime émollient; 30 pilules que le malade croit être de nature mercurielle; frictions mercurielles à la plante des pieds et administration d'une potion de nature inconnue pendant quarante jours; le tout durant un séjour de *huit mois*.)

Du mieux-être était cependant survenu, lorsqu'apparut une pustule sur l'aile gauche du nez. (Usage de l'iodure de potassium, dose inconnue.)

Retour à Paris en mai 1839; ce militaire reprend son service, n'ayant d'autre symptôme syphilitique qu'une fistule à la jambe droite; mais à peine est-il rentré au corps que l'exotose du radius reparaît et il se montre des ulcérations dans les fosses nasales.

Troisième entrée au Val-de-Grâce. (Administration pendant cinquante jours de pilules de cigüe et de calomel, 1 à 20 pilules par jour.)

En juillet 1839, le nez restant seul malade, ce militaire reprend son service; il reste huit mois au régiment. Le chirurgien-major lui donne des soins; mais la fistule de la jambe s'ouvre de nouveau; les douleurs ostéocopes se renouvellent; un fragment nécrosé du radius est éliminé; une tumeur douloureuse se montre au sommet de la tête; elle disparaît en trois semaines sous l'influence d'un onguent résolutif, de *soixante pilules de nature inconnue* et de l'extrait de salsepareille.

Quatrième entrée au Val-de-Grâce en avril 1840. Des esquilles sortent par la fistule de la jambe et par celle du poignet. (*Pilules de ciguë et de calomel de 4 à 40 par jour*); salivation, (*sudorifiques*). Il sort en juillet, conservant toujours de l'embarras dans le nez et *mouchant un peu de pus*.

Pendant six à sept mois il fait son service dans un état de santé assez bon et sans nouvel accident. Ce laps de temps écoulé, il est pris d'une céphalalgie. Une tumeur se forme au front; elle s'ulcère, elle donne issne à des esquilles.

Ciuquième entrée au Val-de-Grâce en janvier 1841. (*Tisane de Zitemann pendant plusieurs mois*.) De nouvelles esqnilles se détachent du front et de la jambe droite. Un ulcère serpigineux se développe à la jambe gauche. Le nez fournit toujours un suintement purulent, et il reste embarrassé. (*Bains de Barège; tous les huit jours, purgation au moyen du sulfate de soude; pansements simples d'abord, puis avec le cérat opiacé, puis avec des bandelettes de diachylon renouvelées tous les quatre jours.*)

Au mois de mai 1841 le malade est envoyé *aux bains de Dieppe*; il y reste cinq mois, il prend daus cet espace de temps *deux bouteilles* de sirop de *salsepareille additionné*.

Le 14 octobre il quitte Dieppe. Son état était peu amélioré, il conservait toujours des fistules. Après nn mois de séjour à la caserne, il est pris d'une

céphalalgie atroce, il perd l'appétit, il peut à peine marcher; cinq abcès se développent presque en même temps sur la tête.

Sixième entrée au Val-de-Grâce le 25 novembre 1842, où il demeure jusqu'à la fin de décembre même année. *Tisane de Zitemann et sirop sudorifique pendant plusieurs mois.* Une portion nécrosée du radius, longue de deux pouces, est éliminée. M. Baudens prenant alors le service, administre pendant quatre mois, sans aucun résultat, *un gramme d'iodure de potassium* par jour. A cette époque le malade était dans un état d'affaiblissement extrême (21 juin 1843). « Émaciation générale; ulcères couvrant la cinquième partie du frontal, et aboutissant à de nombreux trajets fistuleux. Cet os offre une perte de substance considérable, à travers laquelle on voit la dure-mère et les mouvements du cerveau. Huit trajets fistuleux s'ouvrent sur le tibia droit; des ulcères profonds siégent à la partie inférieure de la cuisse gauche, avec adhérence des tendons et rétraction du membre pelvien; un pus fétide, sanieux, sanguinolent, s'écoule des nombreux trajets fistuleux et des ulcères, lesquels présentent les caractères des ulcérations vénériennes. Depuis un mois le malade ne peut plus marcher. Le lobule du nez rongé, menace d'être complétement détruit; la membrane muqueuse nasale et pharynglenne est le siége de nombreuses et vastes ulcérations. L'appétit est faible; la langue et le pouls n'offrent rien de remarquable. » (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 21 nov. 1843.)

Emploi d'un traitement hydrothérapique bien dirigé, composé de lotions froides à 8 degrés, de quelques minutes, avec frictions sèches sur tout le corps, et usage d'une ceinture mouillée autour des reins, laquelle ceinture est gardée constamment et renouvelée trois fois dans les vingt-quatre heures. Gargarismes fréquents avec de l'eau froide; quatre ou cinq verres d'eau par jour; il se rend tous les matins, soutenu par des béquilles et avec l'aide d'un infirmier, à la salle de bain. Quart de viande et de pruneaux, diète de vin; de l'eau aux repas. Au bout de dix jours, amélioration marquée, le malade va se promener au jardin. Il boit huit à dix verres d'eau avant le déjeuner et quelques-uns dans le reste de la journée. Le vingt-deuxième jour des frictions sont faites avec de la glace sur les ulcères. Le malade ne se sert plus que d'une béquille. Plus tard on emploie la sudation; et le traitement est prolongé pendant trois mois et huit jours, durant lesquels les ulcères s'améliorent, se cicatrisent, le malade reprend des forces, et enfin le 29 septembre 1843 il sort du Val-de-Grâce. Or, voici ce que l'on dit de son état dans le numéro du journal que je viens de citer. « Toutes ses fonctions se faisaient parfaitement; les améliorations successivement obtenues étaient si marquées, que tout donnait lieu d'espérer une guérison entière et prochaine. Ce militaire refusa l'asile qui lui était offert dans un hospice civil, parce qu'il pensa que sa santé était assez améliorée pour qu'il pût rentrer dans ses foyers. En quittant l'hôpital il s'est rendu auprès de sa vieille mère, qui habite Paris. »

Or, Drezet quittait le Val-de-Grâce le 29 septembre 1843, et il venait nous demander une admission dans notre service à l'hôpital Saint-Louis; il y fut reçu le 4 octobre suivant.

A son entrée il était dans l'état suivant, relaté par mon élève-interne, M. Desruelles fils. — Amaigrissement considérable, faiblesse, perte d'appétit, état général dénotant une maladie de longue date, entée sur un homme qui avait dû être d'une forte constitution. *Symptômes morbides.* Large

ulcère arrondi, s'étendant de quelques lignes au-dessus du sourcil gauche jusqu'au-dessus de la racine des cheveux, il a plus de six centimètres de diamètre. Ses bords sont excavés; il donne une suppuration abondante. Deux larges portions d'os nécrosé en tapissent le fond. Le nez est complétement déformé; la narine gauche est presque complétement détruite; la cloison nasale est largement perforée, il existe un suintement séro-purulent continu aux narines.

Plusieurs cicatrices assez larges s'observent sur diverses parties du corps; on en observe à la tête, où elles sont déprimées et adhérentes aux os. La cicatrice de l'ulcère serpigineux de la jambe gauche est large et violacée. Une déformation considérable existe à la partie inférieure de l'avant-bras gauche. Le poignet infléchi en dehors rend les mouvements de la main assez difficiles.

Sur toute l'étendue de la jambe droite se trouvent de nombreux ulcères de mauvais aspect, d'où s'échappe une sanie fétide; quatre d'entre eux constituent l'ouverture de trajets fistuleux qui conduisent tous à un séquestre qui règne dans toute la longueur du tibia. Il existe une autre ulcération au jarret gauche. Inutile d'ajouter que toutes ces plaies offraient les caractères des ulcérations syphilitiques.

En présence de l'état actuel et des antécédents relatés ci-dessus, desquels il ressort que le malade n'a jamais fait un traitement mercuriel complet, nous n'hésitâmes pas à prescrire notre traitement mixte, ayant pour base le sublimé associé à l'opium et à l'iodure de potassium; nous y joignîmes des pilules de Vallet, en raison de l'affaiblissement du sujet. En résumé, le malade prenait trois verres de tisane sudorifique, 25 centigrammes d'iodure de potassium dans le verre du matin; le soir une pilule composée :

D'extrait de gaïac.	20 centigrammes.
Extrait thébaïque.	12 milligrammes.
Sublimé.	6 milligrammes.

Dans la journée, à intervalles égaux, trois pilules de Vallet. Les ulcères furent pansés avec du cérat simple.

Le douzième jour, 5 décigrammes d'iodure de potassium, moitié le matin, moitié le soir; à cette époque les ulcères prennent déjà un meilleur caractère, la faiblesse est moins grande, l'appétit renaît.

Le vingtième jour les ulcérations de la jambe ont diminué d'étendue et surtout de profondeur, elles ont un tout autre caractère. Une esquille se présente à l'une des ouvertures fistuleuses; on l'enlève. Mais les gencives sont sensibles, un peu ramollies et saignantes, il y a tendance à la salivation. On réduit le traitement à une seule pilule de 3 milligrammes de sublimé. L'ulcération du front tend à se cicatriser; on en détache deux esquilles. Trois fistules restent permanentes au tibia droit et conservent leur aspect blafard; elles fournissent une sécrétion sanieuse; elles semblent seules n'avoir pas participé à l'amélioration générale; elles tendent même à s'agrandir.

Persuadé qu'il est impossible d'obtenir leur guérison sans une opération pratiquée pour enlever le séquestre du tibia, j'appelai en consultation M. Jobert, qui partagea mon opinion à cet égard.

Le 9 novembre, trente-cinquième jour de l'entrée du malade, on pratiqua sur toute la longueur du tibia une incision pénétrant jusqu'à l'os, et réunissant sous des directions obliques les trois fistules qui régnaient le long de l'os. Trois couronnes de trépan furent appliquées. On fit sauter, au

moyen de la gouge et du maillet, les ponts osseux qui les séparaient, et l'on arriva ainsi au séquestre. Telle était l'épaisseur que le tibia avait acquise, que les couronnes donnaient jusqu'à 20 millimètres d'épaisseur.—Toute médication fut suspendue jusqu'au 17 novembre. A cette époque *une pilule de sublimé de 3 milligrammes; tisane sudorifique.*

Trois jours après le malade perd l'appétit, la bouche devient pâteuse avec sentiment d'amertume. *Nouvelle suppression du traitement;* prises de rhubarbe et d'extrait de quinquina, 20 centigrammes de chaque.

30 novembre. — Amélioration croissante des plaies de la jambe; mais les forces du malade ont cessé de s'accroître.— *Une cuillerée à bouche soir et matin de sirop de protoiodure de fer*, à raison de 2 grammes de protoiodure pour 500 grammes de sirop de sucre.

5 décembre. — État général meilleur; deux pilules de sublimé, une le matin, une le soir, contenant seulement 3 milligrammes de sublimé chacune. A cette époque se détache une large esquille du front, elle a 5 centimètres de longueur sur 4 de largeur.

20 décembre. —Le malade se lève et peut se soutenir sur sa jambe. Plusieurs petites esquilles se sont détachées de l'ulcération du front, dont la cicatrisation s'opère d'une manière graduée.

28. —On rapproche les bords de la plaie de la jambe à l'aide de bandelettes de diachylon. Cette plaie a encore 8 pouces de longueur sur 15 lignes de largeur. A partir de cette époque le traitement a été suivi sans intervalle, toujours composé *de tisane sudorifique, d'une pilule de sublimé de 3 milligrammes, 5 décigrammes d'iodure de potassium, sirop de protoiodure de fer, et de prises de rhubarbe et d'extrait de quinquina.*

6 février. —Des parties nécrosées figurant des portions de cylindres se sont détachées de la plaie de la jambe. Le nez, qui jusqu'à ce moment était resté stationnaire, s'est amélioré. Une esquille de 8 millimètres, paraissant appartenir à l'un des cornets inférieurs, en a été détachée. Une pince introduite dans les fosses nasales parcourt un espace assez étendu de leur plancher qui est à nu. La cloison n'existe plus. La plaie du front est entièrement cicatrisée, moins un point central sur lequel est une croûte assez épaisse qui tombe et se renouvelle tous les huit ou dix jours, et laissait encore au-dessous d'elle une petite plaie. La plaie de la jambe a diminué et de longueur et de largeur, les bords sont à 8 ou 10 millimètres de distance; mais elle fait des progrès fort lents, avec des intermittences de progrès en mal et en bien.

Dans les premiers jours de mars, l'ulcère du front est complétement guéri. Les bourgeons charnus de la jambe ont pris un aspect blafard. Pansement d'eau chlorurée et de poudre de quinquina.

20 mars.— Développement d'un érysipèle à la face. *Traitement suspendu: saignée de trois palettes, limonade, diète.*

5 avril. — Accidents dissipés. *Reprise du traitement.* Plaie de la jambe pansée au cérat créosoté, 12 gouttes par 30 grammes de cérat.

24. — La cicatrisation a marché rapidement, la plaie est divisée sur sa longueur par plusieurs espaces parfaitement cicatrisés.

La cicatrice n'est complète qu'en juillet, époque à laquelle le malade sort de l'hôpital.

Il a pris un tel embonpoint qu'il a été obligé de se faire faire d'autres vêtements. Il est revenu nous voir le 15 octobre et le 28 décembre 1844,

dans un état parfait de santé. Il a été placé comme surveillant au cimetière du Nord depuis sa sortie, et sa santé s'est fortifiée malgré ses occupations et son séjour continuel à l'air libre; il nous a dit qu'il n'avait pu résister au désir d'aller revoir ses chefs du Val-de-Grâce, qui l'avaient porté au nombre des incurables sur les états de service.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports : 1° on a lieu d'être surpris que, malgré une invasion aussi franche de la maladie vénérienne, chaudepisse, chancres, bubons, malgré des récidives sous forme de pustules, d'exostoses, de carie, de nécrose, d'ulcères, malgré six admissions dans le même hôpital en six ans, on ait employé toutes les médications réputées antisyphilitiques, *excepté le mercure*, ou si on l'a mis en usage, c'est pendant quelques jours. On a bien employé des pilules de calomel, mais on a toujours craint d'aborder le sublimé. Ainsi pendant six ans cet homme, il faut le dire, a été la victime d'un préjugé; il a vu s'altérer sa santé au point d'être réduit à ce que l'on craignît pour sa vie, il a vu se perpétuer et s'accroître un mal sous ses formes les plus hideuses!

2° L'iodure de potassium employé à la dose d'un gramme pendant quatre mois n'a pu guérir les formes secondaires et tertiaires, dont le sublimé a fait justice.

3° Un traitement mercuriel a été administré pendant plus de sept mois, et, malgré ce traitement, le malade a recouvré la santé, il a repris ses forces et son embonpoint.

4° Telle était la faiblesse du malade dès l'origine du traitement mercuriel, que, pour être toléré d'une manière efficace et durable, il a fallu descendre la dose du sublimé à trois milligrammes par jour.

5° L'association des préparations ferrugineuses et du quinquina à petite dose, loin de nuire à la médication mercurielle, n'a fait que favoriser son action, et rétablir une santé profondément altérée.

Cet exemple si frappant des bons effets du sublimé sagement administré ne démontre-t-il pas qu'il ne faut pas abandonner ce médicament; que malgré tout ce qu'on a pu écrire contre ses fâcheux effets, il faut persister dans son administration? Seulement, il faut le faire avec réserve; à cet effet, le donner toujours à faible dose, et toujours associé à l'opium. C'est encore le médicament le plus héroïque pour combattre les accidents syphilitiques, et l'époque n'est pas éloignée où l'iodure de potassium, si vanté, si généralement prescrit et si largement administré, perdra la réputation éphémère qu'on lui a faite. Il ne restera que la sage prescription de l'iodure de patassium, que je n'hésite pas à proclamer fort utile quand le mercure ne guérit pas, ce qui arrive quelquefois, et la sage prescription du sublimé à dose restreinte, sauf à en prolonger l'usage.

Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à publier ce fait remarquable et ces quelques réflexions dans le but d'appeler l'attention des praticiens qui n'embrassent pas par entraînement toutes les doctrines pratiques nouvelles, et qui veulent que le temps, ce juge inexorable, décide de leurs bonnes ou de leurs mauvaises tendances dans l'exercice de la médecine.

A. Devergie.

UN MOT ENCORE SUR L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Fuster, dans un article publié dans le dernier numéro de ce journal, s'est élevé avec juste raison contre la pratique qui tendrait à substituer les préparations arsenicales aux sels de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. Il s'est efforcé de montrer, d'une part, que l'efficacité de l'arsenic dans les limites où il est permis de l'affirmer, d'après les résultats positifs constatés jusqu'à ce jour, ne saurait être comparée à l'action véritablement spécifique que développent les sels de quinquina dans la thérapeutique de ces affections. D'un autre côté, il a indiqué sommairement les dangers qui naîtraient inévitablement d'une pratique dans laquelle on emploierait d'une manière générale la préparation d'arsenic comme un véritable succédané de l'antipériodique par excellence. A ces remarques pleines de sens, et qui ont pour but de préserver la pratique d'un écueil dangereux, nous venons ajouter quelques réflexions qui ont le même but.

Ce n'est point d'aujourd'hui seulement que l'on connaît l'influence heureuse que l'arsenic peut exercer sur la marche des fièvres intermittentes. Mais les premiers observateurs qui eurent occasion de constater l'efficacité de cette substance dans le traitement de ces maladies, prévoyant les dangers possibles attachés à la divulgation de ce singulier résultat, crurent devoir le tenir secret. C'est la conduite que tint prudemment Burckard, qui paraît avoir un des premiers remarqué la vertu antifébrile de l'arsenic; c'est encore ainsi qu'agit Wepfer, à qui l'auteur que nous venons de citer confia sa découverte, et qui hésita longtemps, dit-il, à publier le secret de ce nouveau fébrifuge, de peur qu'il ne fournît aux médecins ignorants et téméraires l'occasion de nuire. Grâce à une instruction médicale plus solide et plus répandue, nous devons supposer que le danger dont arguaient ces deux médecins, pour justifier leur circonspection, serait beaucoup moins à redouter aujourd'hui; mais outre que la ténacité en matière de thérapeutique est une tendance morale qui n'est pas rigoureusement incompatible avec une

science réelle, n'est-il pas à craindre que si cet agent passait dans la pratique vulgaire à titre de fébrifuge infaillible, les hommes étrangers à la science ne vinssent à en abuser, comme ils le font de cent moyens divers dans les fièvres qui se montrent réfractaires aux médications rationnelles? D'un autre côté, le gouvernement, effrayé des crimes qui chaque jour se commettent à l'aide de l'arsenic, essaye en ce moment même, par une loi sévère, de prévenir ces sortes d'attentats : n'est-ce point créer de nouveaux obstacles à l'application de cette loi, n'est-ce point s'exposer à entraver les effets d'une législation prudente, que de tenter de faire entrer dans la matière médicale un agent dangereux, que celle-ci s'efforce de proscrire des usages de la vie?

Nous n'ignorons pas ce que l'on peut répondre à ce que nous venons de dire, touchant les dangers des préparations arsenicales : si ces préparations doivent être proscrites du cadre de la matière médicale en vue des dangers dont elles peuvent être l'occasion, vingt autres substances aussi hostiles, plus hostiles à la vie même, et dont on se sert chaque jour avec succès pour combattre un certain nombre d'affections, devraient être enveloppées dans la même proscription. Tout en convenant de la justesse de cette remarque, nous ferons observer cependant qu'aucune de ces substances n'est connue dans ses effets délétères sur l'organisme d'une manière aussi fâcheuse que l'arsenic, et que celui-ci demeurera toujours l'instrument sur lequel on comptera le plus quand on voudra mettre à exécution des intentions criminelles. Supposez maintenant qu'un individu, dont on désirerait la mort, vînt à être atteint d'une fièvre intermittente, et que le médecin chargé de lui donner ses soins le soumît à l'action des préparations arsenicales; ne serait-il pas à craindre qu'une main criminelle ne profitât de cette circonstance pour mêler le poison au poison, en s'assurant ainsi l'impunité? Ce n'est point là une pure fiction; suivez par la pensée ce qui se passe dans les expertises de médecine légale qui ont pour but d'éclairer la justice dans les cas d'empoisonnement : on constate la présence de l'arsenic dans les tissus; le prévenu, pour se justifier, présente les ordonnances du médecin, qui prescrivent l'acide arsénieux, l'arséniate de soude, de fer, et une préparation arsenicale quelconque en un mot; et dites-nous si, en présence de ce moyen de justification, il y a un seul jury en France qui osât condamner. C'est en vain qu'on arguerait des quantités du toxique rencontrées dans les organes, pour faire la part de la science et celle du crime. Si rigoureusement cette distinction est possible dans un certain nombre de cas, elle devient complétement impossible dans quelques autres; elle devient impossible surtout, quand les opérations chimiques propres à faire constater la pré-

sence de l'arsenic dans un cadavre n'ont lieu qu'un long temps après la mort. L'appareil de Marsh, dans quelques-uns de ces cas, est seul en mesure par son excessive sensibilité, si nous pouvons ainsi dire, de révéler la présence du toxique ; or, si celui-ci a été administré dans un but thérapeutique, ne voit-on pas que le crime échappe nécessairement à la vindicte publique? Qu'on pèse ces réflexions, et nous sommes assuré que de ce seul point de vue on conclura avec nous qu'il y a danger réel à introduire dans la matière médicale, à vanter comme un moyen propre à entrer dans la pratique vulgaire, un moyen qui peut ainsi entraver l'action de la loi, compromettre même, dans quelques cas, la sécurité des médecins, la dignité de la science elle-même.

Maintenant, lorsqu'on met tant de zèle, tant d'opiniâtreté à populariser une pratique si éminemment dangereuse, est-ce donc qu'il s'agit d'une de ces affections qui se jouent de tous les moyens de l'art, d'une de ces affections dont le remède est encore à trouver? Non; il s'agit au contraire d'une maladie qui est le triomphe même de l'art, d'une de ces maladies malheureusement trop rares, pour lesquelles nous sommes en possession d'un médicament presque infaillible. Malgré l'enthousiasme fébrile avec lequel ont été accueillis par quelques esprits les succès des préparations arsenicales dans ces maladies, malgré les nombreuses observations qui ont été publiées pour constater ce résultat, nous n'en maintenons pas moins, avec le médecin judicieux que nous avons cité en commençant cet article, que les sels de quinine développent vis-à-vis des fièvres intermittentes une véritable spécificité qui les met hors de comparaison avec les préparations à base d'arsenic, comme avec vingt autres substances ou médications qui, tour à tour, ont été heureusement dirigées contre les affections à type régulièrement périodique. Voulez-vous une preuve décisive de cette assertion? voyez comment se comporte le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes qui, durant depuis longtemps, ont imprimé à la constitution ce caractère particulier qui révèle immédiatement aux yeux d'un observateur exercé l'action de l'influence paludéenne, qui ont laissé la rate dans un état d'engorgement si remarquable : employez le sulfate de quinine dans ces cas, alors même que l'élément fébrile aura disparu, qu'il n'y a plus à combattre que les reliquats de la fièvre, comme disait Torti; et presque constamment vous mettrez fin, dans un espace de temps assez court, à cet ensemble d'accidents, à cette sorte de cachexie paludéenne. Arriverez-vous au même résultat au moyen de l'arsenic? non, nous n'hésitons pas à le dire. Or, à quoi tient cette différence, sinon à la véritable, à la vieille spécificité du premier de ces agents? Il va chercher dans l'organisme la cause, quelle qu'elle soit, qui produit le

mal, qui l'entretient, et il la neutralise. L'arsenic ne fait rien de semblable; il n'a, ainsi que nous le disait avec raison M. Rayer, il y a quelque temps, il n'a aucune action ni sur l'état général que nous venons de rappeler, ni sur l'engorgement du viscère abdominal.

C'est là surtout le motif qui empêche un certain nombre de médecins de notre armée d'Afrique d'avoir recours à l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. Pour nous, nous l'avons vu réussir, nous l'avons vu échouer dans un certain nombre de cas où la maladie se présentait à l'état de simplicité. M. Monneret a fait la même observation.

Qu'on nous permette, en finissant, de citer l'un de ces derniers cas : c'est dans les salles de M. Rayer, que nous l'avons recueilli. Le nommé Allard, âgé de dix-sept ans, habitant Paris depuis six mois, a été pris, au bout de quatre mois de séjour dans cette ville, d'une fièvre intermittente tierce. Admis à l'hôpital Saint-Louis pour cette maladie, il en sortit guéri au bout de quelques jours. Mais la fièvre ne tarda point à reparaître. Cette fois le malade entra à l'hôpital de la Charité, et M. Rayer le soumit à l'action de l'arséniate de soude, qu'il donna successivement à la dose d'un seizième, puis d'un dixième de grain. La fièvre disparut, et se reproduisit au bout de trois ou quatre jours. On substitua alors le sulfate de quinine à la préparation arsenicale. La maladie disparut rapidement, mais ne se reproduisit point tout le temps au moins que le malade resta sous nos yeux.

On le voit, le sulfate de quinine n'est pas encore complétement détrôné; il conserve encore sa vieille réputation dans quelques cas où son compétiteur triomphant échoue.

Max Simon.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

UN MOT SUR LA COMPRESSION DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES DES ARTÈRES.

La plupart des chirurgiens modernes dont le nom fait autorité dans la science restreignent l'emploi de la compression, soit directe, soit latérale, dans le traitement des plaies des artères, à un nombre de cas assez limité : c'est ainsi que, pour cette dernière méthode, ils n'en recommandent l'application que dans les blessures des artères

qui rampent à la surface du crâne, pour quelques artères de la face, les intercostales, les collatérales des doigts et l'artère pédieuse. Là partout se trouvent réunies les conditions qui assurent l'efficacité de la compression comme méthode thérapeutique définitive, savoir la fixité ou au moins la mobilité limitée du vaisseau, et la présence d'un point d'appui pour l'effort compressif. Les membres offrent bien également, dans un certain nombre de cas de blessures de leurs artères principales, les mêmes conditions de succès à l'application de cette méthode, mais comme le membre doit être compris suivant toute son épaisseur dans l'appareil de compression, la circulation se trouve empêchée non-seulement dans le tronc artériel principal, mais encore dans les collatérales, et cet empêchement de la circulation, qui doit être prolongé pour assurer le succès de l'opération, peut entraîner la gangrène des parties situées au-dessous du lien compressif : c'est là, du reste, un fait malheureux, que non-seulement les plus simples notions de physiologie indiquent, mais que l'expérience a permis plus d'une fois de constater directement. Toutefois, si dans les cas que nous venons d'indiquer on a vu survenir un semblable accident, il s'en faut de beaucoup cependant qu'il en soit toujours ainsi : lorsque la compression est établie suivant les règles de l'art sur le trajet du vaisseau divisé, au moyen d'une compresse graduée assez élevée et en même temps assez étroite pour que l'effet de celle-ci porte principalement sur l'artère blessée, le bandage roulé, qui n'a pour but que d'assujettir et d'appliquer sur celle-ci ce premier appareil, ne comprime que médiocrement le membre qu'il enveloppe, et ne peut être un obstacle à la circulation du sang dans les autres artères et les capillaires du membre. Des faits nombreux déposent d'ailleurs en faveur de cette méthode de traitement judicieusement appliquée. S'il était possible d'apprécier les causes qui, dans des cas malheureux, qu'il ne faut non plus jamais perdre de vue, ont amené la gangrène des parties soumises à la compression, il est plus que probable qu'on trouverait les causes de ces insuccès dans une compression trop énergique, et dont l'effet n'aurait pas été suffisamment dirigé sur le trajet même du vaisseau blessé. Lorsque, dans une fracture simple, la gangrène vient à frapper une portion plus ou moins étendue des tissus comprimés par l'appareil de contention, n'est-ce pas à une compression trop forte que cet accident doit être exclusivement attribué, et faut-il faire peser sur la méthode elle-même un inconvénient qui ne peut être imputé qu'à une application vicieuse de celle-ci ?

Il nous semble que les chirurgiens modernes, qui insistent si fort sur les dangers de la compression comme méthode définitive dans le traitement des plaies artérielles, et qui rejettent d'une manière à peu près

absolue l'emploi de cette méthode lorsqu'il s'agit de blessure intéressant les artères des membres, même celles qui sont de moyenne dimension, pour y substituer la ligature, n'ont pas suffisamment discuté les causes qui rendent infructueuse ou dangereuse la méthode de la compression. Entraîné dans cette direction exclusive, l'on a à peu près complétement abandonné cette méthode dans la pratique ; c'est pourquoi nous avons cru utile de rapporter ici brièvement quelques faits qui pourront ramener les praticiens dans une voie abandonnée. Ce qui nous a surtout engagé à toucher à cette question éminemment pratique, c'est qu'il s'agit ici d'un accident qui demande des secours immédiats, et qui peut surprendre, comme nous en avons été témoin, des médecins peu habitués à manier l'instrument tranchant, et qui doivent préférer à la ligature une méthode plus simple, si d'ailleurs elle offre les mêmes garanties de sécurité. Quelques chirurgiens, chacun de nous a pu en faire la remarque, sont conduits par la nature de leur esprit, autant que par l'influence de leur position dans les grands hôpitaux, à pratiquer un peu hardiment les opérations sanglantes ; leur dextérité dans ces opérations, qu'une habitude de tous les jours leur rend faciles, les achemine insensiblement, et sans doute à leur insu, à préférer presque toujours celle-ci à des méthodes plus simples et non moins sûres dans leurs résultats. Cette pratique, qui tout au plus trouverait sa justification dans la position des hommes privilégiés qui l'appliquent, s'érige peu à peu en règle dans les livres, par lesquels le commun des praticiens se laisse diriger. Ces réflexions, que nous ne voulons pas étendre davantage, parce que nous craindrions que, tout à fait contre notre intention, elles ne réveillassent dans l'esprit le souvenir de quelques noms propres, s'appliquent surtout au sujet que nous traitons en ce moment.

Le cas suivant, dans lequel la compression a suffi à arrêter définitivement une hémorrhagie, qui n'eût pas manqué de devenir rapidement funeste, vient à l'appui des réflexions qui précèdent.

Un ouvrier menuisier, occupé à amincir un morceau de bois, laisse échapper de la main gauche dont il se sert contre son habitude le ciseau qu'il emploie pour ce genre de travail : cet instrument vient frapper par son extrémité tranchante la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras droit, à un pouce environ au-dessus de l'articulation. Il en résulte une plaie transversale, qui coupe à angle droit la direction de l'artère radiale ; un jet rapide de sang s'échappe immédiatement de cette plaie, puis ce jet cesse brusquement et est remplacé par un flot de sang abondant, rutilant, saccadé. Mandé auprès du blessé, il m'est bien facile de m'assurer de la gravité de l'accident ; la direction de la

plaie, sa profondeur, la nature du sang qui s'écoule, le mode d'écoulement de ce liquide, la compression de l'artère radiale au-dessus de la plaie, qui suspend incontinent l'hémorrhagie ; tout me convainc bien vite que cette dernière artère a été blessée à sa partie inférieure. Avant d'avoir recours à la ligature, je veux au moins tenter l'effet de la compression. Dans cette vue, je place sur la plaie elle-même des boulettes de charpie roulées au préalable dans de la poudre de colophane, je surmonte celles-ci de quelques disques d'agaric, dont la largeur est graduellement augmentée : sur le trajet de l'artère j'applique une compression graduée, élevée, étroite ; je serre à l'aide d'une bande roulée en appareil, en ayant soin de maintenir exactement celui-ci sur le trajet du vaisseau artériel. Deux heures après cette application, le sang reparaît. J'enlève l'appareil, et en applique un semblable, en ayant soin d'élever davantage encore au-dessus du niveau de la peau la compresse graduée, qui est appliquée sur le trajet de l'artère blessée. Au bout de trois heures, je revois le blessé, et remarque qu'un peu de sang a encore transsudé. J'applique une nouvelle bande, après avoir pris le soin de placer quelques compresses longuettes au-dessous de celle-ci et sur le côté radial de l'avant-bras. A partir de ce moment, tout écoulement de sang a cessé. Sept à huit jours après, l'appareil est enlevé ; la plaie est en pleine voie de cicatrisation : quelques jours plus tard, la cicatrisation est complète. J'ai le malade sous les yeux pendant quelques semaines encore ; l'artère offre ses pulsations normales dans tout son trajet, excepté à la partie inférieure, où elle s'est oblitérée.

Nous ne ferons à propos de ce fait que quelques courtes remarques : dans l'application de l'appareil bien simple qu'exige la méthode de la compression dans une blessure de la partie inférieure de l'artère radiale, on doit surtout mettre tous ses soins à faire porter l'effort de la compression sur le trajet du vaisseau divisé ; ce n'est point là sans doute un principe nouveau, mais nous sommes convaincu que, dans la pratique, sous l'influence de l'effet moral que cause toujours une hémorrhagie, et de la précipitation qu'on a apportée à suspendre celle-ci, ce précepte n'est pas toujours exactement observé. De là, suivant nous, une des causes qui font souvent échouer la méthode dont il s'agit. Bien que, dans l'application du premier appareil, pénétré de l'importance de ce précepte, nous eussions mis tous nos soins à latéraliser, si nous pouvons ainsi dire, l'effet de la compression exercée, nous avons vu cependant le sang reparaître. Devions-nous dès lors renoncer à cette méthode, et recourir immédiatement à la ligature ? C'est là la pratique ordinaire quand on ne débute pas d'emblée par cette méthode. Nous avons cru devoir agir autrement ; nous avons réappliqué plus exacte-

ment l'appareil, plus tard nous avons encore renforcé la compression sur le trajet de l'artère, et grâce à ces précautions, nous sommes arrivé à l'oblitération de la portion du vaisseau artériel qui avait été divisée.

L'an dernier nous avons pu être témoin d'un fait tout à fait semblable à celui que nous venons de rapporter. Ici encore, si l'on avait manqué de confiance dans la méthode de la compression, on eût eu recours à la ligature, car le premier appareil se montra impuissant à suspendre l'hémorrhagie : mais le même appareil fut réappliqué d'une manière plus exacte et plus conforme à la règle que nous avons indiquée, et la guérison de la plaie artérielle fut également obtenue sans accidents consécutifs.

En appelant l'attention des praticiens sur une méthode simple de traitement pour les plaies dont les artères peuvent être frappées, nous ne prétendons nullement que cette méthode doive réussir dans tous les cas de blessures des artères des membres supérieurs et de celles des membres inférieurs qui s'en rapprochent par leur position, leur diamètre, et nous avons voulu seulement établir sur l'autorité des faits que c'est à tort que, dans ces cas, on proscrit d'une manière absolue la méthode de la compression comme insuffisante.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir rapporter avec les détails qu'un tel sujet commande un fait qu'un de nos confrères, praticien habile, nous a naguère raconté. Il s'agissait, dans ce cas, non plus seulement d'une artère d'un médiocre calibre, comme l'artère radiale, mais de l'artère brachiale ; cette artère avait été divisée par une plaie faite au moyen d'un instrument tranchant ; la compression fut employée, et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée. Malgré ce fait, qui du reste est loin d'être le seul de ce genre dans les annales de la science, nous croyons que le plus souvent, en cas pareil, la compression doit se montrer impuissante. Ne voulant point, à propos d'une simple note, faire un article étendu, nous ne répéterons point les arguments qu'on a fait valoir pour proscrire ici cette méthode. Nous nous contenterons de signaler une anomalie dans la direction de cette artère, que nous présente actuellement un de nos malades, et qui concourrait avec les causes ordinaires à rendre inefficace la compression. Cette anomalie est celle-ci : l'artère brachiale, en longeant la partie interne du bras, au lieu de suivre une ligne droite, comme d'ordinaire, présente successivement trois flexuosités qui, à chacun des arcs décrits, l'éloignent de près d'un pouce de la ligne normale : l'individu qui nous présente cette disposition est un vieillard de quatre-vingts ans ; c'est le bras gauche qui présente cette anomalie, le bras droit en est exempt. Indépendamment des raisons générales qui font échouer souvent la com-

pression dans les blessures d'une artère d'un aussi gros calibre que l'artère brachiale, nous voyons que cette disposition suffirait à elle seule pour contr'indiquer l'emploi de cette méthode, et la raison en est bien simple. La condition principale de l'efficacité de cette méthode, c'est que l'effet de la compression porte surtout sur le trajet du vaisseau divisé; par là on favorise l'oblitération adhésive de celle-ci, en même temps que l'on n'apporte que le moins d'obstacle possible à la circulation collatérale et à la circulation capillaire. Or, en face d'une anomalie semblable à celle que nous venons de rapporter, il est clair que ce double but devient plus difficile à atteindre.

L'utilité de la compression dans quelques cas de plaies artérielles rappelle naturellement à notre souvenir ces accidents malheureux que la lancette, tenue par la main la plus habile, a parfois déterminés. Si les hommes de l'art auxquels un accident a pu arriver avaient été bien convaincus de l'efficacité de la compression pour prévenir les accidents qu'avec raison ils redoutaient, nous n'aurions pas été témoins de ces débats scandaleux dans lesquels l'honneur de l'art a été plus d'une fois compromis. Tel praticien, en effet, perd la tête en face d'une opération pour laquelle il est obligé de confesser sa faute, qui, s'il avait confiance dans l'efficacité de la compression, ne compromettrait ni son honneur, ni les jours du blessé peut-être. Qu'il nous soit permis de citer ici un passage de Dionis, assez peu connu, et dans lequel la conduite à tenir en présence d'un tel accident est un peu machiavéliquement peut-être, mais très-prudemment indiquée. Le maître d'apprentissage de l'ancien chirurgien de la reine de France allait pour saigner un pensionnaire au collége d'Harcourt, et il se fit accompagner de son apprenti pour que celui-ci tînt la lumière. « Il ouvrit l'artère, dit Dionis, et le sang se lança comme un trait d'arbalète de l'autre côté du lit : il faisait une très-grande arcade, sortait en santillant, et il s'élevait dans le plat une écume d'un vermeil orangé, et en grande quantité. Ayant connu que c'était l'artère qui était ouverte, il ne s'étonna point, et dit au malade que, son sang étant aussi échauffé, il fallait en tirer beaucoup (1), afin que cette saignée calmât cette grande chaleur. Il demanda un second plat, et en tira jusqu'à ce qu'il vît que le malade commençait à tomber en faiblesse. Il avait mis, pen-

(1) C'était la méthode alors, en pareil cas, de tirer du sang jusqu'à ce que le malade tombât en défaillance. On pensait par là diminuer l'impulsion du sang, favoriser par conséquent la cicatrisation de la plaie. On a abandonné avec raison cette pratique, qui pouvait avoir de graves inconvénients, et ne peut exercer qu'une influence bien douteuse sur la marche de la cicatrisation.

dant que le sang sortait, une pièce de monnaie dans la compresse, et avait demandé une seconde bande. A mesure que le malade s'affaiblissait, l'arcade que faisait le sang diminuait et baissait. Ayant ôté la ligature, et le malade étant évanoui, le sang cessa de sortir. Il prit ce moment pour appliquer la compresse et bander le bras, qu'il serra plus qu'à l'ordinaire, et mit deux bandes. Ayant ployé le bras sur l'estomac du malade, il l'attacha à la camisole, de crainte qu'il ne l'étendît; il lui jeta de l'eau au visage, lui fit sentir du vinaigre, et le fit revenir de son évanouissement. Il eut soin de jeter le sang avant que de s'en aller, et il recommanda bien au malade de ne point remuer son bras, lui disant que s'il se débandait, son sang était si furieux, qu'il serait mort avant qu'on pût le secourir. Le soir, feignant d'avoir été appelé pour voir un malade dans son voisinage, il l'alla voir, et trouva que le malade avait été assez obéissant pour avoir laissé son bras dans le même état qu'il l'avait mis. Le lendemain, il lui rendit encore visite, et quoique le malade se plaignît que son bras était bien serré, il lui persuada de n'y toucher que le troisième jour; et encore après l'avoir débandé, il y remit une nouvelle compresse et une autre bande, pour plus grande sûreté. La cicatrice se fit comme celle d'une veine, et le malade aura cru qu'on ne lui avait jamais fait une meilleure saignée. »

Nous avons cité ce passage, bien qu'un peu long, parce que Dionis y dit bien le calme qu'on doit opposer à un accident qui, pendant un mouvement d'un malade, peut surprendre la main la plus exercée. Nous ne saurions approuver toutefois les petites roueries du maître d'apprentissage de Dionis, qui fait jeter le sang; mais nous ne pensons pas non plus, avec quelques auteurs, que la dignité de l'art commande d'avertir le blessé de l'accident qui est survenu. Tous les hommes ne sont pas des stoïciens; et dans l'intérêt même des malades, le malheur doit, autant que possible, leur être dissimulé. Il suffit que quelque membre de la famille soit averti, pour que la responsabilité morale ne coure aucun risque réel.

Mais ceci ne se rattache qu'indirectement au sujet même de cette note, nous nous arrêterons donc ici. Montrer l'utilité d'une méthode thérapeutique simple et à la portée de tous les praticiens dans une maladie qui peut rapidement mettre en péril la vie de l'homme, tel a été notre but : si la science a ses exigences, l'art a aussi les siennes; c'est surtout en vue de celles-ci, que nous avons écrit ce qui précède.

X.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE GALACTOCÈLE OU TUMEUR LAITEUSE DU SEIN.

(Suite et fin.)

Nous avons, dans un précédent article, étudié, sous la dénomination de galactocèle, la tumeur laiteuse proprement dite, c'est-à-dire celle qui est constituée par le lait conservant toutes ses qualités physiques et chimiques. Il me reste, pour compléter cette question de pathologie, à déterminer les diverses altérations que peut subir le lait ainsi réuni en foyer, soit à l'intérieur des vaisseaux galactophores, qui, comme on l'a vu par la démonstration anatomique que nous en avons donnée, peuvent acquérir un développement considérable, soit dans le tissu fibro-cellulaire de la mamelle, à la suite d'un épanchement. Notre but est donc aujourd'hui de nous occuper tout spécialement des terminaisons du galactocèle.

Il est rare, à moins que la sécrétion laiteuse ne soit entretenue par l'allaitement, comme chez la paysanne dont parle Scarpa, ou par des grossesses successives, ainsi que cela eut lieu chez la femme Jacquart, sujet de la cinquième observation de notre précédent mémoire; il est fort rare que le lait reste à l'état liquide; le plus souvent ses propriétés physiques s'altèrent, et il acquiert des propriétés particulières, suivant que c'est l'un ou l'autre de ses éléments constitutifs qui est résorbé: on a déjà pu s'en convaincre par la lecture de nos troisième et quatrième observations.

Si c'est la partie caséeuse qui est résorbée, le sérum seul persiste, et au galactocèle proprement dit succède un kyste rempli d'une humeur trouble et légèrement floconneuse. Dans son excellente thèse sur les maladies du sein, M. le professeur Aug. Bérard a soin de signaler ce mode de terminaison. En lisant le passage suivant du mémoire de M. Brodie sur certains kystes de la mamelle, on se demande si plusieurs de ces kystes ne reconnaîtraient pas une origine semblable. « Une femme vient nous consulter, dit l'auteur, pour une tumeur du sein de la grosseur d'une noix et mobile. La ponction donne issue à du sérum qui se coagule complétement par la chaleur et par l'acide nitrique. Mêlé à un peu de matière colorante, ce liquide a une couleur tantôt jaune pâle, tantôt verdâtre. Quelquefois, au lieu d'une seule tumeur, on en rencontre plusieurs. Ces kystes sont formés par les conduits du lait élargis; ce qui le prouve, c'est que chez des personnes affectées de cette maladie, M. Brodie a vu plusieurs fois le sérum s'écouler par le mamelon, et, en pressant la tumeur, il a pu faire jaillir le liquide qu'elle

renfermait, et la vider de la sorte. Enfin, dans un cas de ce genre il a pu, avec un fil de soie introduit dans un conduit, arriver jusqu'à l'intérieur du kyste. Il existe, suivant nous, entre les tumeurs décrites par M. Brodie et le galactocèle, des analogies anatomiques trop frappantes pour que le rapprochement que j'en fais ici ne soit pas justifié, et ne puisse établir entre elles et ce dernier une relation directe de cause à effet, du moins dans quelques cas. D'autres fois, mais plus rarement, la collection laiteuse s'échauffe, s'enflamme, et on voit se développer tous les symptômes d'un phlegmon qui se termine par la formation d'un abcès laiteux; il est vraisemblable qu'alors l'épanchement du lait dans le tissu cellulaire de la mamelle, consécutif à la rupture du kyste survenue par voie d'inflammation ulcéreuse, est la cause principale des phénomènes nouveaux qui s'observent. Enfin, et c'est ce qui a lieu le plus fréquemment, la partie séreuse est absorbée, et ce qui reste acquiert une consistance et une densité variables, mais qui toujours alors tendent à devenir plus considérables. C'est alors qu'apparaissent les tumeurs butyreuses et caséeuses décrites, surtout dans ces derniers temps, sous le nom de tumeurs laiteuses solides. Astley Cooper, dans la note fort concise où il traite de ce qu'il appelle l'*engorgement laiteux des conduits galactophores*, indique un autre mode de terminaison qu'il importe de connaître afin de le prévenir. « Quand la distension du sein est excessive, dit le chirurgien anglais, il s'établit dans certains cas une perforation spontanée à travers laquelle le lait s'écoule au dehors. Cette ouverture, dont le diamètre est très-petit, siége habituellement à peu de distance du mamelon. Souvent il arrive que cet orifice reste béant pendant tout le temps de l'allaitement, et le lait qui s'écoule à travers l'ouverture accidentelle est perdu pour la nutrition de l'enfant. Cet accident, on le conçoit aisément, n'a été observé qu'à une époque très-rapprochée du début de la maladie, et sous l'influence d'une distension extrême des tissus mammaires, produite et entretenue par l'allaitement.

Il est très-difficile, ajoute Ast. Cooper, de cicatriser cette ouverture fistuleuse; le meilleur moyen à employer consiste à sevrer l'enfant et à user largement des purgatifs. Sous l'influence de ces moyens, la sécrétion du lait se tarit complétement. On conçoit que si les propriétés du lait à l'intérieur du kyste qui le renferme se modifient, la symptomatologie de la tumeur est sujette à varier en raison même de ces modifications; en première ligne il faut signaler dans son volume une diminution notable s'effectuant d'une manière progressive à mesure que s'opère la résorption partielle des éléments qui la constituent. Pour le diagnostic des tumeurs du sein survenues au milieu des conditions que nous

avons signalées dans notre premier article, cette décroissance progressive devra être prise en considération; elle acquerra surtout de la valeur comme signe différentiel si elle coïncide avec un changement de consistance, si, en d'autres termes, la tumeur en diminuant acquiert plus de densité. C'est là, en effet, tout ce qui s'observe lorsque le kyste laiteux tend à se solidifier par suite de la résorption de la partie séreuse du lait. On se gardera d'ailleurs d'oublier qu'entre la fluctuation caractéristique de l'extrême fluidité de ce liquide et la dureté propre à certaines tumeurs, où persiste seulement la partie caséeuse de celui-ci, il y a des nuances intermédiaires qui correspondent à ses divers degrés d'altération. Telles sont les conclusions qu'avec Dupuytren et M. Velpeau on est fondé à tirer de l'observation des faits. En voici un qui appartient à Dupuytren.

Ce professeur fut appelé auprès d'une femme, âgée de quarante ans environ, qui portait dans le sein une tumeur assez volumineuse. En comprimant cette tumeur, elle conservait l'impression du doigt. Le diagnostic devint des plus embarrassants; néanmoins une incision fut faite et la tumeur ouverte : c'était un kyste contenant une matière tout à fait semblable à l'adipocire, elle en avait tous les caractères physiques et chimiques. Dupuytren n'hésita pas à regarder cette matière comme étant le résultat de la transformation du lait épanché hors de ses voies naturelles. Cette manière de voir du célèbre chirurgien justifie notre opinion sur le siége de ces tumeurs laiteuses solides que nous avons dit être le plus souvent enkystées dans le tissu fibro-celluleux de la mamelle. C'est aussi ce que pense M. Velpeau, comme le prouve le passage suivant que nous lui empruntons : « Certaines irritations du tissu mammaire peuvent forcer le lait à s'infiltrer hors de ses voies naturelles, et former là des collections anormales. Peut-être faudrait-il, ajoute l'auteur, établir, pour le lait dans les mamelles, ce que j'ai essayé d'établir pour le sang dans toutes les régions du corps; il est difficile, en effet, de ne pas admettre que le lait s'infiltre quelquefois en dehors des lobules ou des canaux excréteurs de la glande, soit par suite d'une simple transsudation, soit à l'occasion de quelques ruptures. On comprend qu'alors le fluide laiteux se dissémine dans le tissu fibro-celluleux du sein, comme le fait le sang dans tous les tissus possibles à la suite des contusions et des déchirures. On conçoit ainsi que le lait, une fois coagulé, pourra se concréter, se durcir de plus en plus, comme fait le coagulum ou la fibrine du sang dans les tumeurs sanguines, et devenir de la sorte l'origine de tumeurs franchement butyreuses ou caséeuses. » Parmi les dernières, la plus remarquable, sans contredit, sous tous les rapports, est celle dont l'observation a été consignée

par le même chirurgien dans le *Dictionnaire de Médecine* en 25 volumes (art. *Mamelles*, p. 81).

Une femme âgée d'environ quarante ans, de petite stature, se portant bien d'ailleurs, ayant nourri plusieurs enfants, se fit admettre à l'hôpital de la Charité au mois de décembre 1837. Cette femme, qui habite la campagne, présentait au sein droit une tumeur du volume de deux poings, à bosselures très-saillantes, indolente, dure, d'une consistance qui tenait le milieu entre celle des tumeurs fibreuses et celle des tumeurs encéphaloïdes non ramollies, mobile, sans rougeur, mais avec amincissement de la peau; l'origine de cette tumeur ne remontait pas au delà de huit mois, elle était survenue à la suite d'un allaitement et d'un léger engorgement du sein. Ne trouvant là les caractères ni du squirrhe, ni du tissu cérébriforme, ni des kystes, M. Velpeau présuma que du lait concret ou endurci pouvait en avoir été le point de départ. Après l'extirpation de toute la masse, on vit que celle-ci ayant pour trame des lames de tissu fibro-cellulaire entre-croisé de lobules glandulaires aplatis et dénaturés, était essentiellement constituée par une matière concrète, d'un jaune homogène, ferme, ayant absolument l'aspect de fromage ou de beurre en grande partie desséché. M. Velpeau pria M. Donné d'examiner la composition intime de la tumeur. Cet habile observateur remarqua que partout la matière avait l'aspect du caséum coagulé. En l'exprimant il y trouva une multitude de globules analogues à ceux du lait, solubles comme eux dans l'éther et l'alcool, et insolubles dans l'ammoniaque; ils étaient entremêlés de globules muqueux et des corpuscules granuleux caractéristiques du colostrum. M. Donné constata de plus la présence du caséum et de tous les autres éléments du lait. Ces données analytiques touchant la composition de la tumeur étaient de nature à faire porter un pronostic favorable sur l'issue de l'opération, et on se serait pourtant gravement trompé, puisqu'ainsi que le rapporte M. Velpeau lui-même, la tumeur ne tarda pas à se reproduire. Un peloton de même aspect que les premiers put être remarqué au-dessus de la cicatrice, avant la fermeture complète de la plaie. Plus tard il s'en manifesta d'autres au-dessous de la clavicule et dans le creux de l'aisselle; puis sur divers points du reste de la glande mammaire, sous la cicatrice elle-même, et enfin à toute sa circonférence; le développement en fut tellement rapide, que quatre mois après l'opération ils formaient une masse du volume d'une tête d'enfant, dont les bosselures entières sur quelques points, largement ulcérées sur d'autres, n'auraient pas pu être distinguées du tissu encéphaloïde, si elles n'eussent offert çà et là des pelotons de véritable fromage, très-reconnaissables; plusieurs furent extraits et soumis de nouveau à l'analyse, qui

donna des résultats parfaitement identiques à ceux primitivement obtenus.

Ce fait, peut-être unique en son genre, signale à l'attention des praticiens un danger sérieux et jusqu'alors imprévu dans les épanchements de lait qui s'opèrent ainsi au milieu du tissu fibro-celluleux de la mamelle, c'est la dégénérescence possible de ces tumeurs simples et bénignes en apparence; car il est évident que nous retrouvons ici la marche et les symptômes de la maladie cancéreuse : notons même que cette dégénérescence est survenue rapidement, puisque la tumeur n'existait que depuis huit mois au moment de l'opération. Cette circonstance devra déterminer le chirurgien à ne pas laisser trop longtemps subsister dans l'épaisseur de la mamelle de semblables tumeurs, et à en pratiquer de bonne heure l'ablation. On remarquera encore le volume considérable et la multiplicité des pelotons de matière caséeuse qui se manifestèrent jusque dans l'aisselle, c'est-à-dire dans un point où l'anatomie normale n'a pas démontré l'existence de vaisseaux lactés; et on se demandera, avec M. Velpeau, si le lait ne pourrait pas accidentellement, et sous l'influence de conditions pathologiques difficiles à déterminer, être sécrété dans la région axillaire, comme V. Siebold (*l'Expér.*, tom. Ier, p. 614), et H. Moore (*Ibid.*, t. II, p. 224), en citent chacun un exemple. Nous laisserons à d'autres le soin de résoudre cette question de pathogénie, et de rechercher jusqu'à quel point elle peut être éclairée par la théorie physiologique qui place dans le sang tous les éléments des sécrétions normales, pour ne laisser à l'appareil sécréteur lui-même qu'une faculté élective. Ne nous proposant ici d'envisager les choses que sous le point de vue pratique; nous revenons aux terminaisons possibles des tumeurs laiteuses.

Le lait, retenu dans les vaisseaux galactophores plus ou moins dilatés, peut perdre entièrement ses éléments liquides, et se transformer en un véritable calcul analogue à ceux que l'on voit se former dans les conduits sécréteurs des glandes salivaires. Cette transformation pathologique, admise par MM. Velpeau, Bérard et Nélaton, repose moins sur les observations directes de ces auteurs que sur celles que la tradition nous a transmises ; il est cependant vrai de dire que M. Velpeau, chez une malade, a rencontré à l'intérieur des canaux galactophores des tiges ostéiformes fort étendues. Ces calculs laiteux paraissent assez communs chez les femelles d'animaux; Ruysch en a trouvé sur une génisse, et Morgagni sur une chienne (Morg. *Epist.* L, § XLIII). Dupuytren en possédait plusieurs qui émanaient d'une semblable source. Par l'analogie on pouvait conclure de l'existence de ces pierres laiteuses dans les animaux, à leur développement également possible chez les femmes;

c'est ce que l'expérieuce est venue confirmer. Lemnius, Rufus, Morgagni, en ont rapporté des exemples. Et ce dernier parle d'une femme veuve chez laquelle plusieurs de ces corps produisaient, par leur collision, un bruit analogue à celui que produiraient des pierres en s'entre-choquant. Le diagnostic de ces tumeurs ostéiformes peut être fort difficile, si on n'est dirigé que par leurs caractères physiques, leur forme, leur volume et leur consistance : ce dernier signe est celui qui pourrait acquérir une plus grande valeur ; encore serait-il insuffisant pour juger du point de départ de la maladie ; l'exposition exacte des circonstances antérieures, les commémoratifs, en un mot, pourront jusqu'à un certain point aplanir la difficulté. L'indication, au surplus, ne saurait être ici un seul instant douteuse. Tous les chirurgiens recommandent de s'abstenir de toute opération, ces tumeurs ne donnant lieu dans le plus grand nombre des cas à aucun accident. Disons cependant qu'elles peuvent être l'origine d'un abcès et d'une ulcération ; elles agissent alors comme ferait un corps étranger, auquel cas il convient de les extraire. Ainsi Haller rapporte que Kuln, en ouvrant un abcès du sein chez une jeune fille, trouva un calcul dans le pus qui s'en écoula. Quant au traitement qu'il est rationnel de mettre en usage contre les tumeurs butyreuses et caséeuses, il est clair qu'il ne saurait être le même que celui que nous prescrivions pour le galactocèle ou tumeur laiteuse à l'état liquide ; tous les moyens avantageusement mis en usage dans ce cas seraient ici complétement impuissants. L'extirpation entière de la tumeur est le seul procédé auquel le chirurgien doive recourir.

Amédée Forget.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA DIGITALINE ; SON PROCÉDÉ D'EXTRACTION ; SES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES ; SON MODE D'ADMINISTRATION.

La Société de pharmacie de Paris avait proposé pour prix l'extraction du principe actif de la digitale pourprée. Ce prix vient d'être accordé au mémoire de MM. le docteur Homolle et Quevenne, pharmacien en chef de la Charité. Le Journal de pharmacie, et le Répertoire de pharmacie de M. Lartigue, donnent de longs extraits de ce travail important.

Procédé d'extraction. — Un kilogramme de feuilles de digitale

sèche, de l'année, grossièrement pulvérisée, et préalablement humectée, est mis dans un appareil à déplacement, garni à sa douille de coton cardé, puis traité par l'eau froide de manière à obtenir un soluté concentré. — Les liqueurs sont immédiatement précipitées par un léger excès de sous-acétate plombique, et jetées sur un filtre. Elles passent limpides et presque complétement décolorées.

On y ajoute du soluté de carbonate sodique, jusqu'à ce qu'il n'y forme plus de précipité, et le liquide filtré est débarrassé de la magnésie qu'il retient encore par le phosphate ammoniacal.

Le soluté, filtré de nouveau, est précipité par le tannin en excès, et le précipité, recueilli sur un filtre, est mêlé encore humide au cinquième de son poids d'oxyde de plomb (litharge) pulvérisé. La pâte molle qui en résulte, placée entre des papiers non collés, puis séchée à l'étuve et pulvérisée, est épuisée par l'alcool concentré dans un appareil à déplacement. — Le soluté alcoolique, décoloré au moyen du charbon animal, laisse, pour résidu de l'évaporation, une masse granuleuse jaunâtre, qui, lavée avec un peu d'eau distillée, égouttée, et reprise par l'alcool bouillant, laisse déposer sur les parois de la capsule, par l'évaporation, la digitaline, sous forme granuleuse mamelonnée.

Égouttée et séchée, la digitaline doit encore être lavée à deux reprises par l'éther concentré bouillant qui en sépare, entre autres substances, une matière blanche cristalline, et des traces de matière verte et de principe colorant.

Caractères physiques et chimiques. — La digitaline, obtenue et purifiée par le procédé que nous venons de décrire, se présente sous la forme d'une poudre blanche inodore, d'une saveur amère excessive, se faisant surtout sentir à l'arrière-bouche ; susceptible de provoquer de violents éternuments lorsqu'elle est disséminée en particules très-ténues dans l'air.

A peine soluble dans l'eau froide, un peu plus soluble dans l'eau bouillante, elle se dissout en toute proportion dans l'alcool faible ou concentré. L'éther n'en dissout que des traces, mais la plus légère addition d'alcool augmente considérablement son pouvoir dissolvant.

Complétement dépourvue de réaction acide ou alcaline, la digitaline n'est susceptible d'aucune combinaison avec les acides ou les bases.

L'acide sulfurique concentré la dissout en la colorant en rouge foncé ; la dissolution étendue d'eau verdit et laisse séparer des flocons.

L'acide nitrique concentré la jaunit et la dissout en lui faisant perdre son amertume.

L'acide hydrochlorique la colore en vert.

L'ammoniaque et la soude caustique la colorent en jaune brun.

Elle ne contient pas d'azote.

Préparations pharmaceutiques. — Voici les formes principales sous lesquelles on peut convenablement administrer la digitaline :

Granules de digitaline.

Prenez : Digitaline.......... 1 gramme.
Sucre blanc........ 50 grammes.

Pour mille granules que l'on préparera à la manière des anis de Verdun. Ces granules, contenant chacun 1 milligramme de digitaline, pourront être administrés à la dose de 4 à 6 dans les vingt-quatre heures.

Cette formule, dans laquelle il n'entre uniquement que du sucre comme excipient, n'est qu'une variété de pilules, qui offre le triple avantage d'un dosage facile, d'une administration agréable et d'une solubilité rapide et complète, solubilité qui manque souvent aux pilules en raison des réactions entre les divers excipients qu'on y fait entrer.

Sirop de digitaline.

Prenez : Digitaline......... 50 centigrammes.
Sirop de sucre..... 1500 grammes.

Faites une solution alcoolique de la digitaline que vous ajouterez au sirop. Ce sirop contient 1 milligramme de digitaline par 15 grammes de sirop. Il peut être administré à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour, pur, ou dans un verre d'infusion appropriée.

Potion de digitaline.

Prenez : Digitaline................ 5 milligrammes.
Eau distillée de laitue....... 100 grammes.
Sirop de fleurs d'orangers.... 25 grammes.

Dissolvez la digitaline dans quelques gouttes d'alcool, ajoutez l'eau distillée et le sirop. — A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Pommade de digitaline.

Prenez : Digitaline............. 5 centigrammes.

Faites dissoudre dans quelques gouttes d'alcool à 22 degrés; incorporez dans

Axonge balsamique...... 10 grammes.

En frictions dans l'anasarque.

Dosage et mode d'administration de la digitaline. — La digitaline se classe parmi les agents les plus énergiques de la matière médicale, et dont le dosage et l'emploi demandent une très-grande circonspection.

Des essais comparatifs nous ont démontré que 4 milligrammes de digitaline répondaient pour l'énergie d'action à environ 40 centigrammes de poudre de digitale pourprée, préparée avec le plus grand soin et prise en nature. Ce principe actif offrirait donc au médecin une énergie centuple de celle de la préparation de la digitale la plus active et la plus constante dans ses effets. De là résulte la nécessité d'un dosage sûr et facile. Notre première préparation (les granules), nous paraît répondre le mieux à cette nécessité, puisque le dosage se borne pour le pharmacien comme pour le malade à compter le nombre de granules (milligrammes) que l'on veut administrer. — Cette préparation offre d'ailleurs le grand avantage d'une solubilité complète, et d'une inaltérabilité parfaite.

Quant à la potion, tous les pharmaciens n'étant pas munis de balances assez sensibles pour peser un milligramme, on pourra préparer à l'avance une solution de digitaline dans l'alcool à 50 degrés centigrades, dans la proportion de 2 milligrammes par gramme.

Le sirop, contenant un milligramme par cuillerée à bouche, pourra s'administrer à la dose de 4 à 6 cuillerées dans les vingt-quatre heures, pur, ou dans une infusion appropriée, cette boisson remplaçant parfaitement l'infusion de digitale.

ABSENCE DE L'ACIDE LACTIQUE ET DES LACTATES DANS TOUS LES LIQUIDES DE L'ORGANISME.

Ce fut en 1807, il y a trente-sept ans par conséquent, que M. Berzélius annonça la présence de l'acide lactique dans presque tous les liquides de l'organisme, tels que l'urine, la sueur, le sang, le lait : ses expériences n'étaient rien moins que concluantes. Les liquides qu'il a examinés étaient déjà altérés lorsqu'il s'est livré à leur étude, et le produit qu'il en a retiré n'était pas pur. Cependant depuis cette époque l'existence de l'acide lactique dans les liquides de l'économie a été assez généralement admise ; on lui a même fait jouer un rôle important dans l'accomplissement de plusieurs fonctions, la digestion, la respiration, etc. ; mais les progrès incessants de la chimie animale et de ses moyens d'investigation, qui se perfectionnent chaque jour, semblent devoir modifier les opinions dont l'acide lactique avait été l'objet,

et qui avaient donné naissance à tant de théories. Trois chimistes des plus distingués de l'Allemagne, MM. Haidlen, Enderlin et Liébig viennent tout récemment, dans une série de mémoires intéressants, de démontrer, par les expériences les plus rigoureuses, qu'il n'existe d'acide lactique ni dans le lait, ni dans le suc gastrique, ni dans le sang, ni dans l'urine. M. Haidlen a fait voir que le lait, à l'état normal et tout récemment extrait, ne renferme pas d'acide lactique; que lorsque cet acide s'y rencontre, c'est une preuve qu'il a déjà éprouvé une altération par suite de la réaction du caséum sur le sucre de lait. M. Enderlin a étudié avec le plus grand soin la composition du suc gastrique et du sang, en prenant toutes les précautions possibles pour éviter leur altération, et n'a pu y découvrir aucune trace d'acide lactique ni de lactates. M. Liébig enfin, l'un des premiers chimistes de notre époque, dans un travail très-étendu et de la plus haute importance, *Sur la constitution de l'urine de l'homme et des animaux carnivores*, a prouvé que c'est à tort que l'on avait admis dans ce liquide la présence de l'acide lactique; qu'il n'en contient pas du tout et qu'il doit son acidité à de l'acide urique, à de l'acide hippurique, et à des phosphates acides. Il a cru nécessaire de réunir dans son mémoire tous les faits qui pouvaient porter la conviction dans les esprits, et détruire une erreur accréditée depuis tant d'années. Nous ne saurions mieux faire que de citer ses propres paroles : « L'opinion sur la présence de l'acide lactique dans le corps animal, dans le suc gastrique, dans le lait, dans le sang, dans l'urine, est si répandue, et le rôle qu'on lui a attribué dans la digestion, dans l'acte de la respiration, etc., est si grand et si étendu, que la démonstration de son absence, et par conséquent l'impossibilité de lui attribuer la moindre part dans les actes si obscurs du corps animal, méritaient bien d'être appuyées par toutes les raisons possibles. »

L'erreur où semble être tombé M. Berzélius, et dans laquelle il a entraîné pendant si longtemps la plupart des physiologistes, est une nouvelle preuve des précautions extrêmes qu'exige l'analyse des liquides de l'organisme : on s'expose, en les négligeant, à donner comme principes de ces liquides des produits de leur altération.

BIBLIOGRAPHIE.

Études de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, par J. H. Reveillé-Parise, *de l'Académie royale de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur*. 2 vol. in-8, chez Dentu, Palais-Royal, et chez J. B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

Nous avons lu, avec toute l'attention et l'intérêt qu'il mérite, l'ouvrage que nous annonçons; le nom et la réputation de l'auteur nous en faisaient un devoir. Nous pouvons assurer d'avance que c'est un ouvrage aussi remarquable par le fond que par la forme, et nous ne sommes nullement étonnés du succès qu'il obtient. Si l'on aime les faits, les observations, les méthodes ou les applications, en un mot, l'art et la pratique; si l'on préfère la coordination des faits, les vues d'une puissante et large synthèse; si l'on recherche les aperçus profonds, élevés, la science médicale et la philosophie marchant sur la même ligne; enfin si l'on se plaît à voir personnifiées dans quelques hommes célèbres les grandeurs et les magnificences de notre profession, on peut et on doit lire l'ouvrage de M. Reveillé-Parise; on sera satisfait, même en ne partageant pas toutes ses opinions.

Cet ouvrage n'est point l'exposition d'une doctrine ou théorie, non plus qu'un faisceau d'observations simplement pratiques, bien moins encore le développement d'une idée particulière plus ou moins heureuse ou féconde. C'est une suite variée de tableaux ou d'*études*, comme le titre l'indique, où l'homme est examiné, approfondi, tantôt sous les rapports de sa conservation dans l'être et le bien-être, tantôt dans les désordres ou maladies qui peuvent atteindre l'économie. Quelques-unes de ces études sont tout à fait inédites, d'autres ont déjà paru, quelques-unes même dans notre recueil. Toutefois, ces dernières ont été modifiées, changées, retouchées avec soin, le temps et l'expérience aidant.

Parmi les morceaux inédits, nous pouvons citer un excellent mémoire sur *la santé*. Ce n'est pas que ce sujet n'ait été souvent étudié, mais M. Reveillé-Parise a su y imprimer un caractère tout particulier de nouveauté. Après des considérations générales pleines de talent sur la manière dont les hommes se comportent sous ce rapport, car, dit l'auteur, « la santé est le premier des biens; on le dit, et on agit comme si c'en était le plus méprisable », M. Reveillé-Parise établit un principe général, tiré lui-même d'une loi physiologique, et auquel se rattachent tous les préceptes, tous les conseils, tous les avertissements, tous les soins relatifs à la santé, quels que soient d'ailleurs l'âge, le sexe, le

tempérament et les diverses conditions de la vie. C'est le propre des esprits qui, capables de se servir tout à la fois de l'analyse et de la synthèse, ramènent toujours à un principe fondamental les faits et les idées d'un sujet; nous en voyons ici un exemple remarquable. Ce n'est pas que M. Reveillé-Parise, à l'aide de ce principe, imagine qu'on puisse jamais maintenir un équilibre parfait dans les fonctions multiples de notre économie. Le corps humain est trop compliqué, l'irritabilité trop inégalement partagée entre les organes, les causes extérieures trop nombreuses, trop variées, pour qu'il en soit ainsi. « Les lois de la vie, dit-il, et les phénomènes qui en sont la manifestation, ne comportent pas, au moins pour nous, une si rigoureuse précision; il y a toujours des variations, des différences qui influent sur l'ensemble. La vie exercée entre l'*excitement* et l'*excitabilité* se représente par les oscillations d'un pendule qui passe et repasse sur un point mathématique de la ligne verticale, mais ne s'y arrête jamais. » Du reste, M. Reveillé-Parise n'oublie point, comme font presque tous ceux qui ont écrit sur la santé, de faire la part des nécessités sociales, c'est-à-dire des obligations de l'homme, du citoyen, de la profession, etc., obligations si souvent incompatibles avec une hygiène bien réglée. Toutefois, il admet en principe que, dans toute position sociale, il y a le bon et le mauvais, le mieux et le pire dans la direction de l'existence; puis il fait sentir combien l'homme, pour son malheur, est enclin à la recherche des sensations extrêmes, ou bien condamné à des travaux excessifs dans l'intérêt de sa fortune. « Que voyons-nous, dit-il, au physique, *le jeu, le vin et les femmes*, cet irritant symbole des jouissances matérielles, cette fatale trinité qui résume en trois mots les plus ardents appétits de l'homme; au moral, les calculs, les combinaisons, l'ivresse fiévreuse de l'industriel, les veilles brûlantes de l'ambitieux, les angoisses et les travaux du père de famille, que cette fée cruelle et maligne, la destinée, se complaît souvent à persécuter. Où trouver maintenant, dans ces violentes agitations, la juste pondération de l'excitement et de l'irritabilité, cette éternelle loi physiologique sur laquelle reposent le bien-être et la santé? »

L'éclectisme expérimental en médecine est un travail où l'auteur fait sentir que cette méthode, quoi qu'on en ait dit, est néanmoins indispensable, et pour la pratique et pour les progrès de la science. En voici la base : l'éclectisme expérimental, selon M. Reveillé-Parise, est, dans la pratique et dans les doctrines, *l'art d'estimer le degré et la valeur des preuves*. Ce principe est net, positif et fécond en belles inductions; sa base est large, puisqu'elle repose sur l'expérience elle-même. Écoutons l'auteur : « L'éclectique, dit-il, doit avoir raison par les progrès

même de la science ; son triomphe est dans la nature même des choses ; il juge, et il n'est point jugé, parce qu'il ne s'attache qu'à ce qui est démontré, et qu'il se tient dans le doute pour le reste. S'il affirme, il peut être cru, non pas que toujours il sache le vrai, mais parce qu'il a tout fait pour le connaître, et qu'il n'affirme que ce qu'il sait avec certitude. »

Dans le mémoire *sur la convalescence des maladies aiguës*, l'auteur expose les bases principales qui doivent diriger le praticien, bases beaucoup plus difficiles à connaître et beaucoup plus ignorées qu'on ne le croit ; il s'agit de prévenir les accidents qui, si souvent, amènent des rechutes mortelles. Puis, toujours fidèle à sa méthode, l'auteur résume les faits, les observations les mieux constatées sur ce sujet, pour arriver à un principe général. Selon lui, dans toute convalescence, il faut *refaire* du sang pour *refaire* des forces ; c'est donc à l'estomac qu'il convient de s'adresser, mais il s'agit d'en bien mesurer la force et l'énergie. « Qu'arrive-t-il dans cette circonstance? dit très-justement M. Reveillé-Parise, c'est que pour l'estomac, comme dans tous les organes longtemps privés de leurs excitants naturels, *la tonicité diminue et la sensibilité augmente*... Or, cet effet a particulièrement lieu pour le système digestif des convalescents. » Principe excellent, et dont les praticiens confirment journellement la vérité.

L'*imagination* considérée comme cause du progrès scientifique ; *deux mémoires* de chirurgie pratique ; *un essai de médecine morale*, inséré en partie dans ce recueil, mais que l'auteur a refait dans l'ensemble et dans les détails ; *deux dialogues* très-curieux, l'un sur la science, l'autre sur la profession ; *un mémoire sur l'existence et la cause du tempérament mélancolique* ; *l'hygiène du corset*, grave et piquant tableau des dangers de cette mode devenue si malheureusement générale ; *deux méditations* sur l'alliance de la médecine et de la philosophie, composent une suite de sujets et *d'études* portant l'empreinte d'une science profonde, d'une érudition choisie, d'une mise en œuvre habile et éclairée. Nous nous garderons également d'oublier *la Galerie médicale*, divisée en deux séries pour chacun des volumes. C'est dans cette galerie qu'on voit figurer la plupart des illustrations médicales et chirurgicales de notre époque ; Corvisart, Boyer, Dupuytren, Alibert, Richerand, Broussais, Larrey, etc. Ces portraits, on peut l'assurer, sont tracés de main de maître ; il y a ici des types vrais, saisissants, curieusement et profondément analysés. Partout on remarque la justesse et la force du trait, la vigueur de la pensée et la rigoureuse impartialité des jugements. L'auteur n'a prononcé que sur les morts, et nous avons la conviction que son jugement sera confirmé par celui de la postérité.

Il a donc acquis le droit de s'exprimer ainsi : « *Cette galerie*, j'ose le dire, est une véritable étude de l'homme ; car, dans la vie de quelques médecins célèbres de notre époque, j'ai moins cherché des souvenirs qui intéressent que des enseignements qui profitent et des exemples qui instruisent ; quatre *fac-simile* accompagnent les portraits de cette galerie. Qui n'aime à voir l'écriture des hommes célèbres ? on dirait le symbole de leur caractère et de leur génie... »

Nous n'avons donné qu'une très-courte analyse de l'ouvrage de M. Reveillé-Parise, mais nous conseillons à nos lecteurs d'en juger par eux-mêmes, et ce conseil ne nous sera point reproché. Nous osons leur promettre qu'ils trouveront dans ce livre une abondante source d'instruction et d'intérêt, de faits importants, de préceptes élevés, de vues ingénieuses. Rien de vague, rien d'oiseux ; tout y est net, intelligent, précis ; tout y marche au fait, au but, à l'utilité. Ce livre est tout à fait en dehors de la ligne des livres ordinaires, car il attache, il instruit, il fait penser ; aussi nous n'hésitons pas à ranger cette publication au nombre des plus remarquables de notre époque.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EXEMPLE DE DEUX FRACTURES DE LA CLAVICULE, RÉDUITES AVEC UN PLEIN SUCCÈS.

Les fractures de la clavicule sont extrêmement fréquentes et très-difficiles dans les moyens de réduction. Aussi ont-elles exercé la sollicitude des hommes spéciaux de toutes les époques, sans que nous possédions encore un appareil propre à maintenir les fragments dans un rapport de parfaite coaptation. Toutefois, il est permis d'espérer qu'à force de recherches et de tâtonnements on parviendra un jour à des résultats plus satisfaisants. En attendant, voici deux faits successifs et tout récents qui militent en faveur de cette pensée.

Le 17 novembre 1843, un homme jeune encore, fort et bien constitué, tombe et se rompt la clavicule droite. M. le docteur Lacassaigne est mandé ; il constate le fait ; mais n'ayant pas d'appareil approprié, il établit un bandage provisoire, et s'ajourne au lendemain pour la réduction définitive. Je suis appelé dans l'intervalle, je trouve la fracture vers le tiers scapulaire de la clavicule ; mais je m'abstiens de rien entreprendre par sentiment de convenance, promettant de revenir à l'époque indiquée par mon prédécesseur. Réunis le 18, mon con-

frère manifeste l'intention d'employer le bandage de Dessault. Je cherche à l'en dissuader en lui rappelant toutes les difficultés de son application, toutes ses défectuosités, et ce qu'il a de dispendieux pour des gens sans fortune. Je lui propose l'appareil de M. Simonin de Nancy, décrit et dessiné dans ce journal, t. XXIII, p. 36 ; séduisant par sa simplicité, peu coûteux, d'une facile application, et me paraissant de nature à nous donner des résultats aussi avantageux que n'importe quel autre, comptant surtout sur le témoignage de son auteur. Ma proposition étant acceptée sans difficulté, il est mis en œuvre sur-le-champ, et l'application en est faite avec la plus rigoureuse exactitude.

L'homme n'en paraît que faiblement gêné d'abord, et toute la journée se passe bien. Mais, vers les dix heures du soir, une douleur atroce se fait éprouver en même temps au coude, au bras et à l'avant-bras; elle est tellement forte, que le malade est invinciblement contraint de se procurer du soulagement, en forçant l'entrée du bonnet de coton, pour lui donner plus d'évasement, et permettre ainsi à l'avant-bras de s'éloigner du bras, diminuant par le même procédé la pression exercée sur le coude. Le reste de la nuit est plus soutenable, quoique pas entièrement calme. Le 19, il y a déplacement des fragments; et quoique la douleur ait presque entièrement cessé, je ne crois pas, cependant, qu'il soit à propos de refaire immédiatement le bandage; je donne plus d'aise, au contraire, à celui déjà existant, voulant laisser le malade s'y habituer graduellement et me donner le temps d'aviser aux moyens de prévenir de nouveaux inconvénients. Réfléchissant à ce qui s'était passé, je crus en trouver la cause dans le rapprochement forcé de l'avant-bras contre le bras. Dans cette position du membre, les muscles, les nerfs et les vaisseaux de toute espèce sont dans un état de gêne qui met obstacle à la circulation des fluides; de là, les souffrances exagérées et tous les accidents qui en sont la suite inévitable, surtout si la fièvre traumatique se met de la partie.

Partant de ces données, et dix jours après seulement, aidé de M. Lacassaigne, je rétablis l'appareil, avec les modifications suivantes : je donnai beaucoup moins de profondeur au bonnet de coton, et un évasement bien plus considérable à son entrée, de manière à permettre une direction horizontale à l'avant-bras placé transversalement sur l'abdomen, la main dirigée vers l'hypocondre gauche. Dans cette situation du membre, se trouvent des avantages réels, incontestables : il n'y a ni compression, ni gêne qui puisse porter obstacle à la circulation des fluides; l'olécrâne ne supporte pas seul l'œuvre du soulèvement de l'épaule ; le cubitus, dans sa nouvelle position, y participe et le soulage d'autant ; et dès lors plus de causes de ces fortes dou-

leurs qui forcent les malades à s'en affranchir; je mets un léger coussin sous l'aisselle, ce qui contribue puissamment à l'éloignement de l'épaule et à une plus exacte coaptation des fragments. Enfin, un bandage de corps médiocrement serré par-dessus, pour plus de fixité du membre et de l'appareil.

A ces innovations près, le bandage et son application furent faits comme l'indique M. Simonin. Durant les deux premiers jours qui suivirent, il y eut un sentiment de gêne inévitable, mais bien supportable et sans souffrance réelle. Tout le reste du temps se passa sans le moindre inconvénient ; et le trentième jour de l'accident, la réunion des fragments était aussi parfaite qu'il est possible de l'obtenir aux os des jambes, sans chevauchement et sans inégalité autre que le renflement, effet de la formation du cal.

Un résultat aussi complet était de nature à me faire désirer de répéter l'expérience ; et je me promis de saisir avec empressement la première occasion qui se présenterait ; ce qui ne tarda pas beaucoup.

En février 1844, un jeune charpentier fait une chute d'un lieu élevé de 5 à 6 mètres et se rompt la clavicule droite vers la moitié de sa longueur, circonstance peu favorable au succès de la réduction. Profitant des remarques faites dans le cours du fait précédent, j'établis un bandage provisoire sans me préoccuper de la coaptation des fragments, n'ayant d'autre intention, d'abord, que de familiariser graduellement le jeune homme avec la gêne inévitable qu'il lui fallait supporter. Ce ne fut que le onzième ou douzième jour de l'accident, et lorsque je crus que les deux bouts de l'os fracturé pouvaient avoir acquis la disposition de la soudure, que j'appliquai l'appareil définitif de M. Simonin, avec toutes les modifications que j'ai indiquées plus haut. Ces précautions me réussirent au mieux ; le malade se sentit à peine incommodé. Les deux fragments bout à bout, dans un rapport parfait de contact ; le travail marchait à souhait, lorsqu'une nuit, un pénible cauchemar suscita une violente secousse de tout le corps, et fit éprouver une vive douleur, mais passagère, vers le lieu de la fracture. Appelé le lendemain, pour savoir s'il n'était pas survenu quelque changement, je trouvai qu'il s'était opéré un très-léger déplacement des fragments, mais si minime, que je ne crus pas nécessaire de renouveler l'appareil, et la consolidation se fit, laissant un relief de moins de 2 millimètres du fragment interne sur l'externe, ce qui est sans importance quant au résultat.

Dans le cours de trente années de l'exercice de ma profession, j'ai fait et vu faire, en grand nombre, des réductions de fractures de la clavicule, et jamais je n'en ai vu d'aussi satisfaisantes ; ces deux cas me paraissent si beaux et si complets, que j'ai hâte qu'ils soient portés à la

connaissance des praticiens, pour que, par leur expérience, ils apprécient tout le prix de l'appareil dû à M. Simonin.

GALIAY, D. M.
à Tarbes (Hautes-Pyrénées).

SUR UN MOYEN DE REMÉDIER A L'HUMIDITÉ DES MAISONS AMENÉE PAR L'EMPLOI DU SABLE DE MER.

Il règne parfois dans les maisons bâties sur les bords de la mer une humidité telle, qu'elle occasionne aux personnes qui les habitent quelques-unes de ces maladies qui dans les familles deviennent héréditaires.

Consulté sur la cause de cette insalubrité, nous avons reconnu qu'elle était due à la présence du muriate de soude contenu dans le sable que l'on emploie pour préparer le ciment, et qui est pris sur les bords de la mer.

Le moyen d'obvier à cet inconvénient est de faire fondre dans l'eau qui doit servir à faire le mortier une certaine quantité d'alun. Quant aux maisons déjà bâties, on peut faire cesser l'humidité qu'elles renferment en lavant la partie interne des habitations avec une forte dissolution du même sel.

Stan. MARTIN, pharmacien.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Des végétations dites syphilitiques. — M. Ricord a attiré plusieurs fois l'attention des élèves qui suivent sa clinique sur la nature des végétations dites syphilitiques, et sur la non-spécificité de ces productions. Nous allons essayer de reproduire en quelques mots les réflexions cliniques de cet habile praticien.

Les syphilographes antérieurs à notre époque confondaient sous le nom de condylomes les végétations et les plaques muqueuses. Aujourd'hui on distingue bien anatomiquement ces deux lésions, mais la majorité des médecins les considèrent l'une et l'autre comme des manifestations symptomatiques d'une même maladie, de la syphilis. C'est une opinion erronée qu'il est important de détruire.

Les plaques muqueuses sont un symptôme syphilitique ; mais il n'en est pas de même des végétations ou *choux-fleurs*. Ces dernières sont une lésion particulière qui n'a aucun caractère de spécificité. On la voit compliquer la blenuorrhagie ainsi que la syphilis ; et lorsque les différents symptômes de chacune de ces maladies ont cédé à un traitement

convenable, les végétations persistent, et les traitements, soit antisyphilitiques, soit antiblennorrhagiques, ne les modifient nullement. En outre, on observe des végétations chez un grand nombre d'individus qui n'ont jamais eu aucune autre maladie vénérienne. Il y a plus, c'est qu'on en voit se développer sans qu'il y ait eu précédemment de rapports sexuels. Une irritation quelconque peut les produire.

Ces faits ont été constatés un grand nombre de fois par M. Ricord. D'ailleurs tous les médecins ont pu se convaincre que les médications internes n'avaient aucune influence sur cette lésion, et que toujours, après avoir tenu les malades longtemps soumis aux traitements les mieux dirigés, on était obligé de recourir à la cautérisation ou à l'excision pour s'en rendre maître. Pourquoi dès lors s'obstiner à regarder les végétations comme un symptôme syphilitique, et à les traiter comme telles, ainsi qu'on le fait encore tous les jours? Un traitement mercuriel n'est pas une chose indifférente, et il est bon de ne pas exposer les malades aux inconvénients qui peuvent en résulter, lorsqu'on n'a d'ailleurs à attendre de lui aucun bénéfice.

En résumé, les végétations sont un produit *sui generis*, pouvant s'observer, comme épiphénomène, dans la blennorrhagie aussi bien que dans la syphilis, mais se développant aussi très-souvent en dehors de ces deux maladies, soit spontanément et sans cause appréciable, soit après un coït suspect ou non suspect.

Le traitement qui convient le mieux contre ces lésions est l'excision. Les cautérisations, quand elles ne sont pas très-énergiques, ne font que les aiguillonner pour ainsi dire, et leur donner une nouvelle vigueur. On les voit repulluler souvent après l'excision. On préviendra la récidive au moyen de cautérisations avec une solution concentrée de nitrate d'argent ou même avec le nitrate acide de mercure. Les traitements antisyphilitiques ne préviennent nullement cette récidive.

Nous allons rapporter brièvement quelques faits à l'appui des propositions qui précèdent.

Obs. I. Végétations volumineuses de l'anus, chez un individu qui n'a jamais eu aucune maladie vénérienne. Traitement mercuriel sans influence. Guérison par l'excision et la cautérisation.

N., âgé de vingt-un ans, est entré à l'hôpital du Midi le 23 octobre 1844, salle 2, nº 14. Ce malade, venu de la campagne, raconte que depuis deux ans la peau qui environne l'anus était constamment humectée par une suppuration dont il n'indique pas la source. Il y a six mois, les végétations ont commencé à pousser, et en peu de temps elles ont acquis un volume considérable. Au moment de l'entrée, elles égalaient à peu près le volume des deux poings. Chez lui, il faisait habi-

tuellement des lotions avec l'eau blanche ou avec un mélange d'eau et de sublimé. Ces lotions n'avaient d'autre résultat que de tarir pour quelques jours la suppuration qui existait à la surface des végétations.

Après son entrée à l'hôpital, on lui a fait prendre pendant six semaines de la liqueur de Van-Swiéten. On n'a employé localement que des soins de propreté. Ce traitement n'a nullement modifié la maladie. On l'a cessé alors, et on a pratiqué l'excision des tumeurs. On a fait ensuite des pansements avec de la charpie trempée dans une forte solution de nitrate d'argent, et de temps en temps on a cautérisé les surfaces végétantes avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure. Les végétations n'ont pas reparu. La guérison est aujourd'hui bien confirmée.

Obs. II. Salle 1, n° 8. Végétation du prépuce et du gland chez un individu affecté de syphilis constitutionnelle. Excision de ces végétations, comme dans le cas précédent. Pas de récidive. (Dans ce cas, si les végétations n'avaient pas eu une marche indépendante de la syphilis, on les aurait vues se reproduire, car on sait très-bien que les symptômes syphilitiques ne cèdent ni à l'excision ni à la cautérisation.)

Obs. III. Salle 1, n° 8. Végétations datant de quatre à cinq mois, venues à la suite d'une blennorrhagie. Excision. Guérison.

Obs. IV. Salle 1, n° 1. Végétations datant d'un mois, survenues pendant le cours d'une blennorrhagie qui persiste encore. Excision. Guérison des végétations, tandis que l'écoulement continue.

Obs. V. Salle 1, n° 10. Végétations nombreuses autour du gland et sur tout le prépuce, chez un individu qui n'a ni syphilis ni blennorrhagie. Excision. Guérison.

Pleuropneumonie au deuxième degré, avec délire nerveux, se terminant par la mort malgré l'emploi des émissions sanguines. — L'insuffisance des renseignements que les médecins obtiennent des malades qui entrent dans les hôpitaux empêche souvent de donner une direction convenable au traitement, et détermine aussi quelquefois l'emploi de moyens auxquels on n'aurait pas eu recours avec de meilleures données commémoratives. En voici un exemple. Le nommé Lefranc, cocher des pompes funèbres, âgé de quarante-sept ans, d'une assez forte constitution, est apporté, atteint de délire, le 14 janvier 1845, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Martin Solon. On donne pour tout renseignement que la maladie a commencé depuis que Lefranc *a fait les rois*, que des vomissements ont eu lieu à cette occasion, et qu'une saignée a été pratiquée. En examinant le malade, le lendemain, on lui trouve une teinte ictérique très-peu prononcée, mais évi-

dente et générale ; une pneumonie passant du premier degré au second, et qui occupe tout le lobe inférieur du poumon droit; le pouls, d'une force moyenne, donne 120 battements, sans récurrence palmaire bien notable ; la langue est sèche et brunâtre, le ventre un peu tendu ; la nuit s'est passée dans le délire, le malade est encore retenu par la camisole et ne fait aucune réponse satisfaisante, ses propos sont tout à fait incohérents; l'urine est albumineuse, mais d'ailleurs normale. — Saignée du bras matin et soir, ventouses sur le côté droit, tisane pectorale, lavements émollients.

Le lendemain, pas d'amélioration, cependant les crachats sont passés de la couleur rouille à une teinte seulement safranée. La saignée du matin et celle du soir présentent un caillot consistant et couvert d'une couenne inflammatoire. Le pouls est toujours fréquent, d'un médiocre développement et sans récurrence palmaire ou cubitale. On réitère la saignée du bras deux fois dans la journée, et l'on met 15 sangsues à l'épigastre dans la vue d'agir sur l'appareil gastro-duodénal, dont on craint l'irritation à cause de la teinte jaune que présente le malade et aussi parce que les renseignements fournis sur l'état antérieur augmentent cette crainte.

Ces moyens n'empêchent point le délire de continuer et n'entravent pas la marche de la pneumonie. La teinte jaune n'en éprouve aucune modification. On insiste néanmoins sur une nouvelle saignée, l'affection paraissant toujours de nature franchement inflammatoire. Le malade succombe le 17 janvier, troisième jour de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, on trouve tout le lobe inférieur du poumon droit rouge et hépatisé dans ses deux tiers postérieurs, quelques points tendent à prendre une teinte grisâtre et à passer au troisième degré ; le reste de l'organe et celui du côté opposé sont sains, les plèvres sont saines.

L'arachnoïde est soulevée par de la sérosité transparente sur toute la convexité de l'encéphale, mais la membrane n'est pas sensiblement opaque ; le cerveau est très-peu congestionné de sang.

L'estomac, le duodénum et le reste du canal intestinal n'offrent aucune trace notable d'inflammation ; le foie, d'une belle couleur blonde rougeâtre, ne présente point d'altération non plus que la bile verdâtre que contient la vésicule du fiel. Les reins sont volumineux, le gauche pèse 235 grammes, le droit 227 ; ils sont d'une teinte marbrée jaune rougeâtre. En les incisant sur leur bord convexe nous trouvons leur substance corticale jaunâtre, striée de nombreux vaisseaux sanguins. Cette substance corticale hypertrophiée pénètre entre les cônes de substance tubuleuse qu'elle écarte, et donne à l'organe l'aspect du second degré

de la maladie de Bright, état morbide des reins que l'on observe dans beaucoup de cas de fièvre typhoïde et autres affections qui ont présenté des urines passagèrement albumineuses.

L'étendue peu considérable de cette pneumonie semblait devoir faire céder la maladie au traitement énergique qui lui a été appliqué. Le délire avait dès le commencement fait porter un pronostic grave, et comme on l'avait attribué, à cause des renseignements commémoratifs, à une réaction sympathique des voies digestives enflammées sur l'encéphale, on crut nécessaire d'insister sur les antiphlogistiques. Cette opinion éloigna également l'usage du tartre stibié à dose contre-stimulante ou à dose évacuante, dont rien d'ailleurs n'indiquait l'emploi. Fallait-il attribuer ce délire à une méningite idiopathique ? Le cerveau n'a pas présenté de lésions suffisantes pour le croire. Une méningite de la durée de ce délire aurait laissé de l'opalinité dans les membranes et une lactescence appréciable de la sérosité, ce qui n'existait pas. En nous rappelant le peu de tension du pouls et l'inefficacité des évacuations sanguines sur ce délire, nous sommes tenté de le rapporter au délire de quelques ivrognes, et surtout au délire nerveux de quelques sujets ou de certains états morbides, délire que l'on rencontre avec certaines pneumonies de la base aussi bien que du sommet ; affections que le professeur Récamier désigne sous le nom d'ataxiques, et qui cèdent parfaitement à l'action du muse.

Ces cas insolites, et dont l'issue étonne et contriste le praticien, doivent être rappelés, afin qu'on se tienne sur ses gardes, et qu'on soit prêt à modifier, selon l'indication, le traitement de la pneumonie que l'on voit si habituellement céder à l'usage des antiphlogistiques énergiquement employés. Or, ici le délire, bien plus que la pneumonie, devait être une source d'indication après l'insuccès des saignées ; et nous croyons, après un examen attentif des différents éléments que présente ce fait, que l'usage du musc eût probablement enrayé ce délire qui a entravé et compromis la marche de la maladie.

Phlegmon iliaque lié à la colique de cuivre. — Tandis que les médecins allemands ont fait une *typhlite* (inflammation du cœcum), et une *pérityphlite* (inflammation du tissu qui environne le cœcum), en France, M. Grisolles conteste qu'il existe un seul cas prouvant la propagation de l'inflammation de l'intestin au tissu cellulaire environnant. Voici néanmoins un cas qui paraît en opposition avec les opinions de M. Grisolles.

Un jeune homme de dix-sept ans, ouvrier dans une fabrique d'objets

en cuivre, est entré à l'hôpital de la Charité, service de M. Rayer. Ce jeune homme était très-sujet aux coliques; il avait dû prendre le lit plusieurs fois ; dans ses maladies il avait la diarrhée. On sait que, par opposition à la colique de plomb, la colique de cuivre se distingue par l'existence d'un flux intestinal.

Au moment de son admission, ce jeune homme souffrait de ses coliques depuis quelque temps, et avait eu de la diarrhée. C'est au milieu de ces circonstances qu'une tumeur se développa dans la région iliaque droite. La partie était douloureuse et tendue, la marche difficile. M. Rayer diagnostiqua un phlegmon de la fosse iliaque. Une saignée de 380 grammes fut pratiquée, et l'on appliqua trois fois des sangsues *loco dolenti*, une fois vingt, les deux autres fois vingt-cinq. Le malade fut purgé avec une bouteille d'eau de Sedlitz. Nous ne parlons pas de cataplasmes dont la partie fut couverte.

Sous l'influence de ces moyens, le procédé inflammatoire fut enrayé et la résolution eut lieu. Un noyau d'induration a persisté, comme dans l'immense majorité des cas de ce genre, et se dissipera à la longue. Toutefois, le médecin ne doit pas négliger ce noyau induré qui peut s'échauffer et reproduire le phlegmon.

En définitive, ce fait présente une succession de phénomènes dont il faut tenir compte : colique de cuivre et diarrhée à plusieurs reprises ; et consécutivement, formation d'un phlegmon dans la fosse iliaque droite. Il paraît naturel de penser, contre l'opinion de M. Grisolles, que la phlogose s'est propagée par voie de contiguité de l'intestin au tissu cellulaire ambiant.

Sur l'épididymite suivie d'inflammation du testicule (orchite).— La plupart des médecins donnent encore aujourd'hui le nom d'orchite à cette affection, que le vulgaire désigne sous celui de chaudepisse ***tombée dans les bourses***, et qui est constituée par une inflammation de l'épididyme et du conduit déférent, mais surtout du premier de ces deux organes. C'est celui-là, en effet, qui présente les symptômes inflammatoires, la douleur et la tuméfaction. On observe bien en même temps un empâtement diffus des membranes qui entourent le testicule, mais celui-ci ne participe pas à l'inflammation ; aussi le nom d'épididymite est celui qui convient à l'affection dont nous parlons.

Dans des cas très-rares l'inflammation se propage au testicule, et alors il y a véritablement orchite. Nous en avons observé récemment un exemple dans le service de M. Ricord, et nous avons eu lieu de constater que les symptômes étaient bien différents de ceux qui accompagnent l'épididymite simple. L'invasion de la maladie est annoncée par

un frisson suivi d'un mouvement fébrile intense, ce qui n'a pas lieu pour l'épididymite. Ce mouvement fébrile est quelquefois compliqué de délire, et c'est ce qui a eu lieu dans le fait que nous allons rapporter.

Les symptômes locaux sont aussi bien différents. Au lieu de l'empâtement diffus que présente le scrotum dans l'épididymite, on trouve, dans l'orchite, une tumeur très-résistante et très-douloureuse à la pression, formée par le parenchyme du testicule.

Le pronostic est bien autrement grave, car l'inflammation peut se terminer par suppuration, ou bien l'induration qui persiste fort longtemps peut déterminer ultérieurement l'atrophie du testicule, et dans les deux cas cet organe se trouve détruit. Ajoutons cependant qu'un semblable résultat n'arrive pas fatalement, et qu'on peut le prévenir par un traitement énergique.

La médication antiphlogistique est celle qu'il faut employer contre l'orchite. Une saignée pratiquée au début produit les plus heureux effets ; on applique ensuite des sangsues localement. Quand les symptômes inflammatoires sont tombés, des moyens résolutifs doivent être mis en usage pour combattre l'engorgement du testicule, qui est très-persistant. On a proposé de recourir, dans ces cas, au débridement de la tunique albuginée; mais, outre qu'une opération aussi grave ne pourrait pas être proposée à tous les malades, elle est fort inutile, car le symptôme qu'elle est destinée à combattre, la douleur, cède toujours aux émissions sanguines locales, et même quelquefois à la simple ponction de la tunique vaginale.

Observation. Le nommé D., âgé de trente-trois ans, est entré à l'hôpital du Midi le 10 janvier 1844. A la suite d'un écoulement blennorrhagique datant de deux mois, et qui était presque entièrement disparu, lorsqu'il a été affecté d'une épididymite gauche qui a débuté le 7 janvier. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le 11 janvier, on lui a appliqué 15 sangsues à l'aine et 15 au périnée. Les douleurs se sont calmées, et la maladie semblait être en voie de résolution, lorsque le 13 janvier, vers dix ou onze heures, le malade a senti des douleurs très-vives dans l'aine et dans le bas-ventre, et se propageant à toutes les régions environnant les parties génitales. En même temps il a senti un frisson bientôt suivi d'une chaleur brûlante. Le délire est venu se joindre à ce mouvement fébrile; cet état a duré jusqu'à sept heures du soir. La fièvre a persisté toute la nuit. Le lendemain matin, 14 janvier, la fièvre était tombée; mais le changement survenu dans l'état local était encore appréciable. Le gonflement, borné la veille à l'épididyme, avait envahi le testicule. Celui-ci avait acquis le volume d'un œuf de poule; il était dur, résistant, et la pression y développait une douleur très-vive.

On a pratiqué, à l'aide d'une lancette, une ponction à la tunique vaginale; il s'en est écoulé environ une cuillerée de sérosité limpide. Après cette évacuation, ni la dureté de la tumeur ni son volume n'ont paru être diminués.

Prescription. 25 sangsues, cataplasmes, repos, diète. La douleur a cédé à l'emploi de ces moyens. Aujourd'hui, 19 janvier, de tous les symptômes, le gonflement du testicule est le seul qui persiste.

Ecrasement des doigts; modifications du traitement employé dans ce cas.—Les amputations pratiquées à la suite de l'écrasement d'un doigt ou d'un orteil ont souvent des suites fort dangereuses. Ce fait a frappé M. Denonvilliers qui croit devoir l'attribuer à la méthode d'opération généralement suivie. On sait, en effet, que dans les écrasements de ce genre, on pratique l'opération en arrière de l'écrasement. Là, pour M. Denonvilliers, est tout le danger de ces opérations ; aussi, dans un service dont il a été momentanément chargé à l'Hôtel-Dieu, a-t-il cherché à y remédier. Voici la pratique qu'il a adoptée et qui lui a réussi jusqu'à présent.

Supposons que la phalange onguéale du gros orteil soit écrasée entièrement, et que la violence se soit étendue à la phalange métatarsienne qui offre une ou plusieurs esquilles. Au lieu d'amputer en arrière de la lésion, c'est-à-dire dans l'articulation métatarso-phalangienne, suivant la règle commune, M. Denonvilliers enlève les esquilles, régularise la plaie de ses parties molles, et plus tard, s'il devient nécessaire de réséquer une nouvelle portion d'os, il procède à cette résection en toute sécurité.

Cette pratique nous paraît rationnelle ; car nous sommes de ceux qui croient que le bistouri fait naître plus de dangers quand il divise les parties intactes, que lorsqu'il agit sur des parties lésées profondément par une violence extérieure. Les faits observés par M. Denonvilliers semblent prouver encore qu'une violence qui écrase les parties molles et les os est moins funeste dans ses suites qu'une opération méthodique. Questions bien dignes de remarque pour les chirurgiens toujours et si tôt armés.

Emploi de l'ammoniaque dans l'emphysème pulmonaire. — M. Rayer a administré l'ammoniaque liquide à la dose de huit gouttes dans 120 grammes d'eau à un individu affecté d'emphysème pulmonaire. Cinq jours après l'usage de ce médicament, une amélioration notable a été observée ; mais à la septième potion, le malade s'est plaint

de maux de eœur et de battements dans la poitrine. On a suspendu l'administration de la potion, et le mieux s'est continué.

Cas de lupus nasal pour lequel on a pratiqué heureusement la rhinoplastie. — Une femme, âgée d'une quarantaine d'années, petite taille, replète, figure bouffie et eolorée, grosses lèvres, avait eu autrefois une affection dartreuse à la figure qui lui avait rongé le nez; elle en était eependant guérie et ne se plaignait plus que de sa difformité, lorsqu'elle se présenta à l'Hôtel-Dieu, il y a trois ans, et demanda une opératiou pour sa mutilation nasale. M. Blandin lui fit un nez avee la peau du front. Cette opération réussit parfaitement, et la femme avait joui pendant trois ans des bienfaits de l'opération. Aujourd'hui, eependant, l'aneienne maladie vient de faire une nouvelle irruption, non sur le nouveau nez, mais aux alentours. On voit partir de dessous les eôtés du nez deux rigoles croûteuses, de la largeur de l'ongle du pouee, s'étendant sur chaque joue, deseendant jusqu'à la lèvre supérieure et eomplétant un eercle en passant sur eette lèvre. Au-dessous de ces eroûtes est un travail uleératif et suppurant. M. Chassaignae a fait tomber les eroûtes à l'aide de cataplasmes, et attaqué le fond par des eautérisations répétées avee le nitrate acide de mereure. En peu de temps le mal a perdu le earaetère phagédénique et sordide, le fond uleéreux s'est rempli de bourgeons louables, les bords se sont affaissés et marehent vers la eieatrisation, et tout fait espérer que eette malade sortira bientôt guérie, tout en eonservant les bienfaits de la rhinoplastie.

Pommade pour combattre les engelures. — Il n'est point de choses minimes en pratique. Les plus petits maux sont souvent plus embarrassants pour le médeein que la maladie la mieux caraetérisée. Que n'a-t-on pas employé en effet pour eombattre eette inflammation de la peau oceasionnée par l'aetion du froid sur les extrémités des enfants surtout, et empêcher son uleération, nous voulons parler des engelures! On a eu reeours dans ee but aux acides minéraux étendus d'eau, et partieulièrement à l'aeide hydroehlorique, aux solutions d'alun, à l'aeétate de plomb liquide étendu. A ees moyens nous ajouterons la formule de la pommade suivante, que M. Devergie nous a dit avoir employée pendant plusieurs années, et presque toujours avee succès :

Prenez : Axonge.................... 30 grammes.
Créosote .... 10 gouttes.
Sous-aeétate de plomb liquide... 10 gouttes.
Extrait thébaïque............ 10 eentigrammes.
F. S. L. une pommade.

On étend soir et matin une petite couche de cette pommade sur les parties gonflées par les engelures, et on l'y maintient au moyen d'un linge.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANÉVRYSME DE L'AORTE (*Cas d') pour lequel on a pratiqué la trachéotomie.* L'observation suivante, publiée par le docteur W. H. Judd, offre un intérêt si réel dans ses di-diverses circonstances, que nous croyons devoir la reproduire. « Un homme de 31 ans, de taille moyenne et d'une constitution assez faible, se plaignait de douleurs vers les clavicules et entre les épaules. La face, et surtout les lèvres, présentaient une coloration livide des plus prononcées. Toux légère, sans expectoration; un peu de dyspnée; pouls à 70, régulier; battements et bruits du cœur à l'état normal. Les battements carotidiens ne présentaient aucune modification, et les veines du cœur n'étaient nullement gonflées. Quelque temps après, il accusa des battements profonds dans la poitrine; cependant, rien n'était encore changé aux symptômes précédents; il y avait seulement un peu de matité à la percussion dans le côté gauche de la poitrine. Ceci se passait le 6 janvier 1836. Le 11, il eut dans la matinée un violent accès de suffocation; sa face et ses mains devinrent livides pendant environ dix minutes; cet accès fut suivi de l'expectoration d'un peu de mucus visqueux. Le 13, il eut un autre accès de dyspnée; les yeux étaient fortement injectés, la face et les extrémités colorées en violet; l'insensibilité était complète, la respiration suspendue; enfin, le malade paraissait mort. Appelé immédiatement, le docteur Judd lui pratiqua la trachéotomie; il ne fit aucun mouvement, et ne parut éprouver aucune douleur. L'ouverture de la trachée fut suivie d'une grande quantité de sang noir. Le malade fut aussitôt penché en avant, et la tête basse, afin de permettre au sang de s'écouler. Il en sortit environ 13 onces; mais le malade était encore inanimé. Quoique l'ouverture de la trachée fût assez large, l'auteur, craignant que quelque obstacle ne s'opposât à l'entrée de l'air, introduisit dans la trachée une grosse sonde de gomme élastique. L'irritation déterminée par l'introduction de cet instrument produisit une contraction spasmodique des muscles respirateurs, et l'évacuation d'une grande quantité de sang par le nez, la bouche, la plaie et la sonde. Cette évacuation fut suivie de quelques faibles inspirations qui revenaient à de longs intervalles; enfin, la respiration se rétablit, le pouls se releva, la circulation reprit son cours, et la coloration livide des téguments disparut. Un peu après, il put parler; mais il ne prononça que des paroles incohérentes. Une heure après l'opération, il put respirer librement, grâce à la sonde de gomme élastique qui était placée dans la trachée. Dans la nuit, il eut quelques accès de toux, et il expectora par la bouche et par la sonde près d'un verre de mucus épais teint de sang. Le 14, il eut un nouvel accès de suffocation qui ne dura que quelques minutes; cet accès fut déterminé par un caillot sanguin et du mucus qui était placé dans la glotte, et que l'on retira avec les pinces en abaissant la base de la langue. On essaya, dans la journée, de supprimer la sonde de la trachée; mais le malade assura qu'il ne pouvait respirer sans cela, et surtout sans qu'elle fût introduite un peu avant. Le 15, à 6 heures du matin, nouvel et violent accès de dyspnée qui dura près d'une heure et un quart. Comme on supposa que la sonde pouvait être bouchée, on la retira après avoir pris la précaution d'en introduire une plus petite. Cette petite sonde fut aussi retirée peu de temps après; elle était déjà bouchée par le mucus visqueux et sanguinolent. On la remplaça par une nouvelle et grosse sonde. A 9 heures du matin, il dormait tranquillement sur le côté gauche; le pouls était à 75, et irrégulier. Le 18, un examen attentif permit de reconnaître des batte-

ments à la partie supérieure de la région cardiaque, près du cartilage de la quatrième côte. Ces bruits du cœur étaient plus clairs et plus forts qu'à l'état normal; on n'entendait, au reste, aucun souffle ou frémissement vibratoire. Le 23, le malade continuait à expectorer une grande quantité de mucus qui sortait avec un bruit de sifflement très-notable. Le 24, cette expectoration commença à diminuer; en même temps, elle augmenta de viscosité, ce qui augmenta aussi la difficulté de l'excrétion. Le 28, la respiration était plus difficile, le pouls plus faible; l'état du malade était évidemment fort grave; le cœur battait avec une grande violence; on n'observait cependant aucun symptôme d'anévrysme. La nuit fut très-mauvaise. Le 29, la respiration était encore plus difficile; sensation d'un corps qui empêche la déglutition. A 6 heures du soir, il toussa un peu; aussitôt des flots de sang s'échappèrent par la bouche et par la plaie : il mourut en quelques minutes.

Examen du cadavre : Trachée pleine de sang liquide, sa membrane muqueuse plus rouge qu'à l'ordinaire. Au niveau du septième anneau de la trachée, et derrière la première pièce du sternum, au-dessus du péricarde, tumeur ovoïde couchée sur la trachée, et de la grosseur du cœur lui-même; tumeur formée par l'aorte qui, à 1 pouce au-dessus des valvules semi-lunaires, se dilatait brusquement, et formait un large sac anévrysmal; cet anévrysme commençait dans le péricarde, et se terminait près du sommet du sternum, à trois quarts de pouce de la glande thyroïde, en comprimant la trachée-artère. A sa partie supérieure, à 1 pouce à droite de son centre, la tumeur anévrysmale fournissait l'artère innominée, vis-à-vis, du côté gauche, au même niveau, les artères carotide et sous-clavière gauches. Le sac, de forme ovalaire, avait 10 pouces et demi dans le sens vertical, et 8 pouces et demi dans le sens horizontal. (Ce sont probablement ici des mesures anglaises.) A sa partie postérieure, la membrane interne présentait une fente étroite de 2 lignes de long, au niveau de laquelle le sang s'était frayé une voie, et avait formé des caillots stratifiés dans une étendue de 3 pouces. Le sac anévrysmal fournissait, par sa partie postérieure et supérieure, un petit sac anévrysmal secondaire de la grosseur d'une noix, et au fond duquel on apercevait une fissure bouchée par un caillot, et communiquant avec la trachée. Quant à la trachée, elle était, au même niveau, le siége d'une ulcération irrégulière de 5 lignes de long sur 4 de large, et dans laquelle on apercevait un caillot. Plus bas, et à la partie postérieure de la trachée, se trouvait une très-petite et récente ulcération, qui établissait presque une communication entre la trachée et l'œsophage : en replaçant le tube dans la trachée, on put se convaincre que cette ulcération correspondait à l'extrémité de ce tube.

Dans cette observation, il est important de retenir ce fait très-remarquable de la cessation d'une hémorrhagie anévrysmale résultant d'une perforation de l'aorte dans la trachée. Un caillot protecteur s'est formé, le malade, au moyen de la trachéotomie, qui a opéré une sorte de résurrection, a pu vivre seize jours après la rupture de l'anévrysme, et la mort n'a eu lieu que par la chute du caillot primitif. Il y a peut-être dans ce fait un enseignement à retenir, c'est de ne rien négliger auprès d'un individu chez lequel la perte de tout sentiment et de mouvement peut faire croire à la rupture d'un sac anévrysmal. Dans le cas actuel, cet homme, abandonné aux seules ressources de la nature, ne se serait pas relevé de cette sorte de mort apparente; c'est aux soins intelligents qui lui ont été donnés qu'il a dû la prolongation de sa vie et le retour à ses facultés intellectuelles. (*The Lancet*, 1844; *Arch. gén. de méd.*, décembre 1844.)

CICATRISATION *des foyers purulents* (*Nouveau procédé pour obtenir la*). Le procédé dont il s'agit dans l'observation suivante, publiée par M. le docteur Boutard, de Versailles, consiste à pratiquer à l'intérieur du foyer purulent des scarifications au moyen d'un bistouri introduit d'après les règles de la méthode sous-cutanée; le succès qui a suivi cette tentative rend le fait intéressant et digne de fixer l'attention des praticiens. A la suite de longues courses à cheval, un homme présenta un abcès à la commissure des fesses près du coccyx; cet abcès avait le volume d'un œuf; son pourtour était assez induré. M. Boutard en pratiqua l'ouverture

avec un bistouri sur le centre même de la tumeur, où la peau était déjà fort amincie; il en sortit une assez grande quantité de pus; une mèche fut placée entre les lèvres de l'incision, et des cataplasmes émollients furent mis en usage. Sous l'influence de ce traitement, la suppuration devint séreuse, et l'induration du pourtour de l'abcès diminua; on fit alors, mais sans succès, des injections dans le foyer, d'abord avec l'eau froide, puis avec une solution de nitrate d'argent; la plaie devint fistuleuse; le malade ne souffrant plus, voulut reprendre ses habitudes. Quinze jours plus tard, il revenait avec un nouvel abcès, ou plutôt l'orifice de l'ancien s'étant fort rétréci, la matière purulente sécrétée à l'intérieur du foyer s'y était accumulée et l'avait de nouveau développé. Dans cet état de choses, averti par le mauvais résultat du premier traitement, M. Boutard, songea aux procédés qui découlent de la méthode des incisions sous-cutanées, à la scarification de la tunique vaginale entre autres, telle que la pratique M. Velpeau dans le traitement de l'hydrocèle, et il résolut d'en appliquer ici une modification appropriée aux circonstances. Le malade étant couché sur le côté droit, le membre pelvien gauche fléchi, afin de donner tout son relief à l'abcès, avec un bistouri aigu il fit, à plat, une ponction à la partie la plus déclive, tout à fait sur le pourtour encore légèrement induré du foyer. Il s'échappa un filet de pus toujours mal lié; par cette ouverture il introduisit un bistouri à lame fort étroite, à pointe mousse, garni de linge dans son tiers inférieur, afin de ne pas hacher la plaie d'entrée dans ses diverses évolutions; et tournant successivement le tranchant vers la paroi fessière et vers la paroi cutanée, il fit sur chacune trois scarifications convergeant vers l'ouverture par une de leurs extrémités comme les nervures d'une patte d'oie. L'instrument fut ensuite retiré, et le foyer bien débarrassé du mélange de pus, de mucosités et de sang qu'il contenait, à l'aide d'une forte pression exercée méthodiquement avec la main, avant l'ablation de laquelle l'ouverture fut converte d'une mouche de diachylon, pour éviter l'introduction de l'air. Il prescrivit des fomentations froides sur la région, un bandage légèrement compressif, et le repos absolu.

Pendant trois jours, même pansement; pas de fièvre; il ne sort rien du foyer; la petite plaie d'entrée a seule donné quelques gouttes de pus. Le troisième jour, le malade était entièrement guéri. Un épanchement de lymphe plastique s'était fait dans l'intérieur du foyer, et, sous l'influence de cette inflammation adhésive, le recollement s'était opéré. Il y avait même eu résorption des matériaux en excès et inutiles à la consolidation de la cicatrice, car au toucher qu'on pouvait exercer largement, profondément et sans causer de douleur, on ne trouvait aucune trace d'induration ni d'engorgement, et cela au huitième jour de l'opération. (*Journ. de chirurg.*, déc. 1844.)

DIARRHÉES AIGUËS (*De l'emploi des stimulants dans certaines*). Qu'est-ce qu'une diarrhée aiguë? C'est celle, dit M. Socquet, de Lyon, auteur d'un travail sur ce sujet, dont la cause ne réside point dans une altération organique primitive de la muqueuse des intestins. Cette définition, un peu vague, peut s'adapter, comme on le voit, à un grand nombre de diarrhées. Nous ne sommes plus au temps où tout phénomène de cette nature était invariablement rapporté à une inflammation gastro-intestinale. Mille causes, en dehors de l'irritation, peuvent produire la diarrhée: la peur, la colère, une émotion morale quelconque. Mais, dans ces circonstances, la diarrhée est de très-courte durée et constitue plutôt un accident simple qu'une maladie. Ce ne sont point ces cas que M. Socquet a eus en vue. Il en rapporte quatre dont l'analyse succincte fera voir que c'est peut-être improprement qu'il les a désignés sous le nom de diarrhées aiguës, car ce phénomène a été accompagné de tant d'autres accidents, qu'avec tout autant de raison on aurait pu leur donner une appellation différente. Nous croyons d'ailleurs que la réunion de ces phénomènes a reçu depuis longtemps un nom dans la science, et qu'il n'est pas de praticien qui ne se le rappelle en lisant la description suivante:

Les quatre malades de M. Socquet, différents d'âge, de sexe, de profession et de tempérament, ont tous été pris, *dans la saison chaude*, et subitement, de vomissements et de diarrhée; puis sont survenus l'abattement, une faiblesse musculaire profonde; contraction des traits portant l'empreinte d'une vive souffrance; yeux

enfoncés, paupières entourées d'un cercle livide; langue blanchâtre, sèche, sans rougeur; douleurs vives à l'épigastre et à l'abdomen, augmentées par la pression; vomissements fréquents de matières aigres, réveillés par l'ingestion des boissons; selles nombreuses, liquides, abondantes, séreuses, lactescentes, d'une odeur fade; urine supprimée; crampes continuelles et très-douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs; peau sèche, froide, pouls petit, concentré, pulsations dépassant 70, soif intense; amaigrissement rapide et prononcé.

Evidemment, tous ces symptômes peuvent-ils être dénommés une *diarrhée aiguë?* Et n'est-ce pas là ce que les praticiens de tous les temps ont appelé le choléra sporadique?

Ce qui le prouve mieux encore, c'est le traitement employé et qui a fait merveille; traitement qui, du reste, est à peu près le même qui a été aussi préconisé par les médecins de toutes les époques. Il a consisté, en effet, en une infusion de thé avec addition de 60 à 100 grammes d'eau-de-vie par litre, à prendre par cuillerées à bouche, toutes les cinq minutes; en une potion avec eau de menthe, 100 grammes; sirop d'éther, 30 grammes; extrait gommeux d'opium, 5 centigrammes, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures; en frictions camphrées sur le siège des crampes, sinapismes, enfin tout le cortège de la médication excitante diffusible et locale, qui est si bien appropriée à des cas de cette espèce. (*Revue méd.*, nov. 1844.)

On rapprochera avec intérêt ces faits de M. Socquet, du fait remarquable suivant, dû à M. Pleindoux, et qui confirme, nous le pensons, l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature de la maladie décrite par M. Socquet.

M. Pleindoux vent prouver, contrairement à l'assertion d'un critique, que le choléra sporadique est quelquefois mortel. Il ouvre son journal de clinique et il y trouve le fait suivant:

M. Bourdon, directeur d'une troupe de comédiens, âgé de quarante ans, vint tenir la foire de Beaucaire dernière, pour y faire jouer la comédie. Il y fit de mauvaises affaires, mais la veille du jour où la foire finissait, il apprit une nouvelle qui changeait favorablement sa position de fortune. Il se livra à la joie sans réserve, voulut faire un bon souper, se coucha avec sa femme, donna suite aux effets de sa joie (cause prédisposante), et s'endormit sans se couvrir (cause déterminante).

Sur les quatre heures du matin, il s'éveilla très-fatigué, souffrant de coliques d'estomac et de bas-ventre, qui furent suivies de vomissements et de selles copieuses. Enfin, il se développa chez lui un choléra-morbus des plus graves. Ce choléra progressa rapidement; les douleurs générales, la cardialgie, les vomissements, les selles, le ténesme, devenaient plus intenses à chaque instant. Une soif ardente dévorait le malade; les extrémités se refroidirent; des sueurs froides inondaient tout son corps; de fortes crampes lui travaillaient les muscles des mollets, et lui faisaient pousser les hauts cris; si à cause de ces crampes il voulait se lever debout, il était à l'instant frappé de syncope.

Le malade était dans cette situation lorsqu'il fut vu par le docteur Blaud et l'auteur. Rejetant par le vomissement toutes les boissons qu'il prenait, il fallut l'empêcher de boire abondamment, et ne donner toutes les demi-heures qu'une cuillerée à bouche, tantôt d'une tisane de poulet, tantôt même quantité du narcotique de Tissot, alternativement; ce dernier remède étant composé d'eau de menthe, 150 grammes; sirop de sucre, 30 grammes; laudanum liquide de Sydenham, 60 à 80 gouttes.

Malgré ces moyens thérapeutiques, les symptômes ne cédèrent point; des sangsues furent appliquées sur la région épigastrique; on augmenta la dose de l'opium en donnant des lavements laudanisés; on fit des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain camphré et opiacé, deux larges vésicatoires furent appliqués, un à la partie interne de chaque cuisse, etc.; tous ces remèdes furent inutiles... Bientôt sous un sommeil léthargique, effet sans doute de l'opium, le visage acquit une teinte violacée; les lèvres se cyanosèrent; la face devint hippocratique; le pouls, qui avait été toujours très-petit et très-fréquent, disparut tout à fait, et le malade avait encore une respiration difficile et stertoreuse. Ce fut au milieu de ces symptômes funestes que la mort enleva le pauvre directeur, à dix heures du soir, c'est-à-dire à la dix-huitième heure de l'invasion du choléra-morbus.

C'est assurément avec raison que M. Pleindoux fait observer que si un cas pareil s'observait en ce moment, on ne manquerait pas de le regarder comme un cas de choléra-morbus asiatique.

Pour nous, les cas de M. Socquet ne sont que des exemples de cette maladie portée à un degré moins grave. (*Gaz. méd. de Montpellier*, nov. 1844.)

DIGITALINE (*Des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la*). La digitaline, comme son nom l'indique, est le principe actif de la digitale, découvert par MM. Homolle et Quevenne. Le lecteur trouvera, à l'article PHARMACIE de ce numéro même, tout ce qui est relatif à l'extraction, la préparation et les formules de ce médicament. Nous voulons résumer ici un travail fort intéressant de MM. Bouchardat et Sandras, et les expériences non moins importantes faites à l'hôpital Beaujon, par M. Martin Sulon, sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de cet agent nouveau dont la pratique retirera probablement de grands avantages.

MM. Bouchardat et Sandras ont d'abord fait des expériences sur les animaux, dont il résulte que la digitaline est une substance excessivement active, surtout quand elle est pure. 1 centigramme de digitaline injecté dans les veines est une dose suffisante pour donner la mort, et, administrés par l'estomac, 5 centigrammes ont amené le même résultat après des phénomènes très-variés de prostration, d'efforts de vomissement, d'abaissement extraordinaire et d'irrégularité dans le pouls, etc. A l'autopsie de ces animaux, les altérations les plus fréquentes ont été une vive irritation des organes digestifs.

Ces expériences ayant suffisamment éclairé les auteurs sur l'énergie de la digitaline, ils ont cherché quelle était son action sur l'homme malade, et d'abord sur la circulation. Pour éviter son influence irritante sur les organes digestifs, ils ont fait, au moyen de mucilage et de poudre de guimauve, des pilules contenant chacune un demi-centigramme de digitaline. Ils ont fait prendre ces pilules, sous leurs yeux, à des malades à qui un ralentissement de la circulation pouvait être utile, et dont les organes digestifs étaient en bon état.

Tous ces malades ont eu un ralentissement marqué du pouls. Ils ont trouvé que son plus grand abattement avait lieu, en général, quelques heures après l'administration du médicament. A cette époque, il est arrivé plusieurs fois de le trouver diminué de fréquence, presque de la moitié de l'état normal; très-souvent il l'a été d'un tiers ou d'un quart. Le lendemain matin, il redevenait un peu plus précipité; mais il restait toujours au-dessous du pouls normal d'une dizaine de pulsations, quand ce n'était pas beaucoup plus. Pour donner des exemples :

Chez une jeune fille épileptique, dont le pouls, très-inégal, donne habituellement de 80 à 120 pulsations, les auteurs en ont trouvé plusieurs fois seulement 50 à la minute sous l'influence de la digitaline.

Un homme de 50 ans, affecté d'anciennes apoplexies, et dont le pouls ne s'élève jamais guère au-dessus de 48 pulsations, en a présenté plusieurs fois 36 seulement.

Une femme de 50 ans, phthisique au dernier degré, et souvent tourmentée d'hémoptysies, a vu son pouls, de 120 à 130 pulsations, qui lui sont habituelles, tomber à 96 ou 94.

Une femme, dont ils voulaient activer la sécrétion urinaire, a été, pendant plusieurs jours, réduite de 120 ou 128 pulsations à 92, 88 ou 85.

Dans tous les cas, ils ont trouvé que l'action de la digitaline sur la circulation se montre non-seulement par une diminution de la fréquence du pouls, mais aussi par l'irrégularité qu'elle lui donne. Cette irrégularité a paru de deux sortes; l'intervalle des pulsations est inégal, c'est la plus frappante; ou bien le caractère du pouls varie; tantôt la pulsation est dure et très-vite, tantôt elle est dure et se prolonge; quelquefois le pouls est mou par intervalle, ou bien il conserve continuellement ce caractère.

Un seul malade a présenté des modifications en plus de la sécrétion urinaire.

En dehors de ces phénomènes, il s'en est présenté d'autres dont il est aussi important de tenir compte. Plusieurs malades ont parlé de troubles des sens, de troubles de la tête, de rêves fatigants, d'hallucinations;

ces phénomènes se sont toujours montrés au début des effets toxiques de la digitaline. Ils étaient bientôt suivis de diarrhée ou de vomissements bilieux plus ou moins répétés. A cette période, on doit bien penser que les auteurs se sont toujours arrêtés; mais, malgré les précautions dont ils avaient soin de s'entourer à cet égard, ils ont vu quelquefois les vomissements durer deux ou trois jours.

En même temps, l'appétit avait disparu, et il fallait un peu de temps et de repos pour rétablir les fonctions digestives.

Les effets toxiques de la digitaline ne se produisent pas, en général, de prime abord. Pendant les deux ou trois premiers jours, il semble qu'on n'ait rien fait prendre d'insolite au malade; mais brusquement, et sans que rien vous en ait averti, les effets de la substance ingérée commencent à se manifester. C'est alors surtout que le ralentissement de la circulation est plus marqué. Si l'on continue, le pouls se montre encore ralenti pendant l'influence de la digitaline; mais au bout de quelques heures, il redevient fréquent, sans doute à cause de l'irritation qu'elle produit sur les organes digestifs.

Au total, la digitaline est une des substances végétales les plus actives que nous connaissions. L'étude attentive et suivie de ses effets sur la circulation pourra fournir quelques indications utiles dans la pratique; mais à présent, les auteurs croient de leur devoir rigoureux d'avertir que c'est un agent d'une grande énergie dont il faut surveiller très-attentivement l'action, et surtout craindre la brusque puissance toxique, malgré la sécurité qu'il laisse au médecin même pendant plusieurs jours.

La digitaline représente exactement toutes les propriétés actives de la digitale. Cette nouvelle substance rendra des services dans toutes les maladies où la digitale a été employée avec succès, et le médecin pourra connaître toujours rigoureusement la quantité du principe actif qu'il emploie.

M. Martin Solon, bien connu pour son zèle à soumettre à l'expérience les médicaments qui se présentent comme destinés à ajouter aux ressources de la thérapeutique, s'est empressé de prêter son concours, pour la vérification des propriétés médicinales de la digitaline, à la commission de la Société de pharmacie. Les expériences faites par M. Martin Solon ne confirment pas seulement celles que M. Homolle avait annoncées, elles nous montrent la digitaline plus active que l'auteur ne l'avait vue lui-même; il a toujours constaté qu'à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour, son action sur la circulation était sensible, et faisait tomber, en moyenne, les pulsations de 72 à 55 par minute; les effets toxiques précités ont presque toujours apparu dès que la dose de la substance active était portée à 1 centigramme par jour. L'action diurétique signalée dans quelques-unes des expériences de l'auteur ne s'est pas confirmée. En résumé, l'ensemble des observations faites par M. Martin Solon le porte à penser que la substance précédente devra, dans son application thérapeutique, être comprise entre les doses de 1 milligr. à 1 centigramme. (*Répertoire de Pharmacie* et *Journal de Pharmacie*, janvier 1845.)

FISTULE VESICO - VAGINALE (*Quelques considérations pratiques sur la*) *et procédé opératoire nouveau.* Les travaux modernes, et notamment ceux de M. Jobert de Lamballe, ont jeté de vives lumières sur l'histoire et le traitement de la fistule vésico-vaginale; cependant il existe encore sur la curabilité de cette infirmité, des doutes auxquels l'autorité de certains noms donnent une consistance que de nombreux insuccès n'ont que trop souvent légitimée; ainsi M. Blandin s'est refusé tout récemment à pratiquer une opération chez une femme qui s'offrait à lui dans les conditions suivantes : à la suite d'un accouchement laborieux, cette femme s'aperçut qu'elle perdait continuellement ses urines; en examinant le vagin on remarque à sa paroi gauche et un peu supérieure l'existence d'une ouverture placée immédiatement en arrière du col de la vessie. Cette femme a déjà subi plusieurs traitements sans aucun succès. On a d'abord tenté le rafraîchissement des bords de la plaie par l'excision, puis l'avivement de ces mêmes bords par le nitrate d'argent, par le fer rouge, enfin la sonde érigne de M. Lallemant, le tout sans aucun avantage. Malgré les sollicitations de la malade, M. Blandin ne voulut rien tenter de nouveau en vue d'une guérison qu'il regarde comme

impossible. Pour ce chirurgien, les seules fistules urétro-vaginales et urétro-vésico-vaginales peuvent être guéries. Dans ces dernières, la fistule siége au col même de la vessie. Quant à la fistule dont notre malade est atteinte, son incurabilité résulte du siége qu'elle occupe; c'est la portion triangulaire du bas-fond de la vessie comprise entre le col de cet organe et les orifices des uretères, en un mot, c'est le trigone vésical; or, en pareil cas, dit M. Blandin, l'urine trouve une issue nouvelle dans la portion la plus déclive de la vessie, d'où elle s'échappe par son propre poids à mesure qu'elle y est versée par les uretères; il arrive plus tard que la vessie, cessant d'être distendue par l'urine, revient peu à peu sur elle-même et s'atrophie pour ainsi dire, au point que sa capacité se réduit à presque rien. Dans cet état, la fistule se rétrécit d'elle-même, circonstance dont se sont autorisés quelques chirurgiens pour soutenir la curabilité de ces fistules, ne faisant pas attention que tout eu se rétrécissant, elle n'en restait pas moins béante; bien plus, l'urine, en raison même de la réduction du diamètre de la vessie, finit par passer directement de l'urétère dans la fistule. Si dans de pareilles conditions on tente d'aviver les bords de la fistule et de les affronter, pour peu que la perte de substance soit étendue, l'un des deux uretères, et peut-être les deux, se trouvant compris dans la déchirure, il arrivera alors de deux choses l'une, ou la réunion n'aura pas lieu, empêchée qu'elle sera par le contact permanent de l'urine avec les lèvres avivées de la plaie; ou si la réunion a lieu, elle ne se fera qu'à la condition de produire l'oblitération de l'un ou des deux orifices des uretères, fait pathologique infiniment plus grave et plus promptement mortel que celui auquel on se serait efforcé de remédier. Les mêmes raisons qu'il allègue contre la réunion immédiate, M. Blandin les fait valoir contre la réunion par seconde intention; pour ce chirurgien les dispositions du trigone vésical sur lequel siégent ces sortes de fistules rendent inévitable la lésion de l'un des uretères ou de ces deux conduits à la fois, et par suite la guérison impossible. Nous ne contesterons pas à M. Blandin l'autorité des motifs qui lui font rejeter le traitement de la fistule vésico-vaginale par le procédé en question, c'est-à-dire l'avivement de ses bords, puis leur réunion. Toutefois, en nous rangeant de son avis sous ce rapport, nous ne saurions comprendre pourquoi il se montre si absolu dans ses affirmations contre la curabilité possible de cette fistule, surtout lorsque lui-même reconnaît que M. Jobert (de Lamballe) a obtenu une guérison radicale dans un cas tout à fait semblable, au moyen de la cystoplastie, procédé qui, comme on le sait, consiste à tailler un lambeau de peau sur la cuisse ou la fesse, et à l'affronter avec les bords avivés de la fistule au moyen de la suture. Notons que M. Blandin a lui-même constaté la persistance de la guérison longtemps après l'opération. Pour se convaincre qu'il n'existait aucune communication de la vessie avec le vagin, il fit lui-même, de concert avec M. Jobert, des injections par le canal de l'urètre avec un liquide coloré, il n'en suinta pas une seule goutte par le vagin. Mais ce fait est exceptionnel, ou presque exceptionnel, ajoute M. Blandin, plusieurs chirurgiens ont tenté la même opération, et aucun n'a réussi. Nous concédons tout cela à M. Blandin; mais le fait n'en restera pas moins ce qu'il est, c'est-à-dire un argument matériel qui prouve la curabilité possible de la fistule vésico-vaginale proprement dite. Et ce fait serait-il unique, qu'en bonne logique, il conserverait toujours une valeur suffisante pour encourager un chirurgien dans des essais ultérieurs, quand surtout l'affection qu'il s'agit de guérir est une des plus dégoûtantes dont une femme puisse être atteinte. Aussi nous ne saurions penser comme M. Blandin, lorsqu'il dit qu'en pareil cas il vaut mieux s'abstenir que de courir les chances d'une tentative presque à coup sûr infructueuse; et nous croyons que l'arrêt formulé par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne saurait être le dernier mot de la science. Nous terminerons en citant un procédé opératoire qui a été proposé dans ces derniers temps; comme il n'a pas encore reçu d'application pratique, nous nous abstiendrons de toute appréciation, laissant à nos lecteurs le soin de le juger au point de vue purement théorique. Voici en quels termes M. Fabre propose ce procédé dans l'article *Fistules vaginales* de la *Bibliothèque du médecin-praticien.* « Les praticiens, après avoir vu échouer à peu près tous les moyens

que nous venons de faire connaître, retourneront sans doute comme nous aux principes, et se demanderont comme nous si, en soumettant ces fistules aux règles de médecine opératoire qui nous dirigent dans les procédés par incision de la fistule anale, on n'obtiendrait pas enfin des résultats meilleurs que ceux qui nous sont offerts tous les jours. Ainsi, selon nous, on pourrait inciser le pont qui existe entre la perforation du bas-fond de la vessie et le méat urinaire, et diriger la cicatrice d'arrière en avant, comme l'avait proposé Dupuytren pour réunir les divisions du voile du palais. Ainsi on ferait ici l'opération comme celle de la fistule à l'anus; et comme ici on coupe le sphincter anal, dans le cas de fistule vésico-vaginale on couperait le sphincter de la vessie; seulement le pansement diffère : on comprend de suite que le procédé que nous proposons serait surtout applicable dans les cas de fistules longitudinales, c'est-à-dire selon la direction de l'axe de l'urètre. (*Gaz. des Hôp.*, déc. 1844.)

INJECTIONS ARSENICALES (*Du danger des*) *dans les cadavres livrés aux dissections.* M. le docteur Benoit signale, dans une n. te intéressante, les accidents que peut occasionner l'injection arsenicale des cadavres livrés aux dissections. Un concours récent à la Faculté de Montpellier pour la place de chef des travaux anatomiques en a fourni la preuve.

A l'ouverture du concours (le 4 novembre), six cadavres ont été distribués aux six concurrents ; parmi ces cadavres, cinq, reçus depuis longtemps, avaient été conservés par l'injection d'une solution arsenicale dans le système artériel. Cette opération avait été pratiquée quatre fois par le garçon d'amphithéâtre à des intervalles variables, et chaque fois il avait usé d'une solution de 60 grammes d'acide arsénieux dans un litre d'eau. Les cinq concurrents à qui le sort a donné des sujets injectés, n'ont pas tardé à ressentir des accidents plus ou moins graves. Les uns ont éprouvé des symptômes cérébraux, des étourdissements et des éblouissements. L'action intellectuelle est devenue lente et pénible. Trois ont spécialement souffert dans les organes gastro-intestinaux. Des tranchées de coliques, la diarrhée, les nausées, les vomissements sont survenus au deuxième jour des manipulations, et ont été suivis d'une insomnie fébrile. L'un des concurrents a aussi accusé une faiblesse générale extrême et une impossibilité de voir nettement les objets. En outre, chez tous s'est manifesté un accident que l'on peut appeler pathognomonique, tant il a présenté un caractère uniforme et spécial. Cet accident a consisté dans une douleur excessive, lancinante et continue dans l'extrémité des doigts, principalement à la pulpe et au niveau de la circonférence des ongles. Elle a mis les concurrents dans l'impossibilité, non-seulement de manier un instrument quelconque, mais encore de s'habiller et de se servir à table. L'inspection des doigts a permis de constater un gonflement de leur extrémité palmaire, une injection visible à travers le tissu de l'ongle et semblable à une ecchymose, et enfin des battements très-forts des artères collatérales. L'ongle s'est plus tard séparé complétement des tissus sous-jacents dans tous les points ecchymosés. Un concurrent avait perdu toute précision dans les mouvements de la main, par suite d'un tremblement invincible qui suivait la contraction musculaire.

Comme contre-épreuve, et pour achever la démonstration de la nature de ces indispositions, M. Benoit note que le seul concurrent qui n'ait rien éprouvé de fâcheux, est aussi le seul à qui le sort a donné un sujet mort récemment et non injecté.

Ces faits méritent une grande attention, aujourd'hui surtout que plusieurs procédés d'embaumement et de conservation par l'acide arsénieux surgissent de tous côtés. (*Journal de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, décembre 1844.)

IODURE DE POTASSIUM (*Nouvelles observations pratiques sur le traitement des maladies syphilitiques par l'*). Qu'il nous soit permis de rappeler à nos lecteurs que c'est dans ce journal qu'ont été insérés les premiers travaux publiés en France sur ce précieux médicament, et, chose singulière, depuis les deux beaux mémoires que le *Bulletin* dut à la collaboration de M. Ricord, aucun travail plus complet, plus pratique et plus suffisamment instructif n'a été publié. Tous les journaux ont relaté un grand nombre de faits

et d'observations, mais de travail d'ensemble, aucun encore n'a vu le jour. C'est cette considération qui a sans doute engagé la *Société de médecine de Paris* à mettre cette question au concours. Mais le prix, qui devait être décerné à la fin de 1844, ne l'a pas encore été, de sorte que nous ignorons ce que ce concours aura produit.

M. le docteur Gauthier, médecin de l'Antiquaille à Lyon, vient de publier un travail dont nous ferons connaître seulement la partie pratique, c'est-à-dire les résultats de sa propre expérimentation. M. Gauthier a administré l'iodure de potassium à environ 150 malades. Il n'a pas observé quelques-uns des accidents signalés par M. Ricord, ce qu'il attribue à ce qu'il a toujours commencé l'iodure de potassium à plus faibles doses que ce praticien. Cinq de ses malades ont éprouvé une salivation évidente, qui ne ressemblait pas au ptyalisme mercuriel; il y avait sécrétion plus abondante de salive, mais sans gonflement de la langue et sans ulcérations; le voile du palais et la gorge étaient rouges. Il n'a point suspendu le médicament, il en a même augmenté la dose, et cependant la salivation a cessé peu à peu. Il a vu quelques malades éprouver une véritable éruption cutanée iodique; elle ressemblait à l'eczéma ou à l'acné simple; elle disparaissait quand on cessait le remède, ou même quand on diminuait beaucoup la dose. Ce ne sont pas ceux auxquels il a administré les plus grandes quantités du sel iodique qui ont éprouvé de la salivation ou des éruptions cutanées, mais bien ceux qui n'en prenaient que de 1 à 2 grammes. Une seule fois il a observé des étourdissements. Il a rencontré plusieurs fois la douleur épigastrique signalée par M. Ricord; mais, en général, elle disparaissait quand on donnait le remède dans une boisson mucilagineuse et quand on l'unissait avec un peu d'opium. Les seuls effets que M. Gauthier ait vus produits à peu près constamment par l'iodure de potassium, sont : l'augmentation de l'appétit et de l'embonpoint, la coloration du corps, la sécrétion plus abondante de l'urine.

M. Gauthier a presque constamment mis en usage, avec beaucoup de succès, l'iodure de potassium dans les symptômes vénériens tertiaires. Il l'a vu faire cesser en quelques jours les douleurs ostéocopes les plus intolérables. Il a vu aussi les caries osseuses être promptement modifiées par son emploi. Dans l'ozène avec carie des os du nez et perforation de la voûte palatine, il a presque toujours, avec son aide, obtenu la guérison; les tumeurs gourmeuses, les tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les périostoses cèdent pareillement à son usage. Il n'en a pas obtenu moins d'avantages dans plusieurs cas de symptômes secondaires. Il l'a vu guérir très-promptement les ulcérations profondes de la gorge et du pharynx, qui avaient détruit la luette et le voile du palais. Dans les ulcères superficiels de l'arrière-bouche et des amygdales, il se montre moins utile. Il a aussi quelquefois guéri des rhagades à l'anus et aux orteils qui avaient résisté au mercure.

M. Gauthier a également employé souvent avec succès l'iodure de potassium dans les syphilides; mais, selon lui, il ne convient pas dans tous les cas de ces affections. Dans les syphilides exanthématiques, papuleuses et squammeuses, son usage ne lui a produit, en général, que des résultats nuls ou peu avantageux; mais dans la syphilide tuberculeuse ulcérée, dans celle surtout qui est appelée par M. Cazenave syphilide tuberculeuse perforante, dans les vastes ulcérations de la peau qui avaient détruit le tissu cellulaire et une partie des muscles sous-jacents, il a obtenu les plus belles guérisons, et cela dans les cas où les préparations mercurielles avaient été plus nuisibles qu'utiles. Il l'a également vu guérir la syphilide à grosses pustules (syphilide phlysaciée), ainsi que l'ecthyma.

Quels que soient les symptômes syphilitiques secondaires ou tertiaires dans lesquels on emploie ce remède, on peut dire, en général, qu'il réussit d'autant mieux que la constitution du malade est plus détériorée. « Dans les cas contraires, c'est M. Gauthier qui parle, il est moins efficace et même il échoue quelquefois.»

Quant aux doses, M. Gauthier administre presque toujours, dans le début, l'iodure de potassium à plus faibles doses que M. Ricord. Il n'en donne presque jamais plus de 20 à 25 centigrammes en commençant, et il partage toujours cette dose en deux prises. Quand il commence par 25 centigrammes, il double cette dose

tous les trois ou quatre jours. Quand il est parvenu à 1 gramme, s'il voit que les symptômes s'amendent, il continue ainsi pendant plusieurs jours, et ensuite il augmente peu à à peu jusqu'à 15 décigrammes ou 2 grammes. Assez fréquemment il va à 3 grammes et bien rarement à 4. Quand l'iodure de potassium a guéri, M. Gauthier a presque constamment observé que les malades éprouvaient une amélioration très-grande avant que la dose eût été portée à 1 gramme, après avoir commencé par 25 centigrammes.

Quand il prescrit moins de 2 grammes d'iodure chaque jour, il partage cette quantité en deux prises. Quand il en donne davantage, il la divise en trois fois. Il fait toujours prendre ce remède dans un verre ou deux de tisane mucilagineuse; on diminue ainsi son action irritante sur l'estomac. La tisane qu'il préfère est composée avec deux grammes de salep et 15 grammes de gomme arabique, que l'on fait bouillir dans six verres d'eau.

La question des récidives a été un peu passée sous silence par les auteurs. M. Gauthier expose que sur tous les malades qu'il a traités, il a observé cinq fois des récidives. Mais les nouveaux accidents survenus ont eu bien moins de violence que ceux qu'il avait guéris auparavant, et l'iodure de potassium, administré une seconde fois, en a triomphé avec beaucoup de facilité et de promptitude, quoique donné à petites doses. Les sujets chez lesquels il a observé des rédicives étaient tous atteints d'affections syphilitiques extrêmement graves. (*Journal de médecine de Lyon*, décembre 1844.)

LUXATION *en arrière de l'axis sur l'atlas.* On ne connaît jusqu'à présent que deux cas de luxation de l'axis en arrière : l'un de J. L. Petit, qui n'a pas grande valeur, attendu qu'on ne sait pas si l'autopsie a été faite, et un autre de Ch. Bell, rapporté en trop peu de mots pour jeter un jour bien vif sur l'histoire de cette luxation. On lira donc avec intérêt l'observation suivante.

Obs. Le 17 novembre 1842, à 8 heures du matin, on transporta à l'hôpital Saint-André un individu âgé de soixante ans, nommé Jean Dumé. C'était un maçon qui, monté à une hauteur de 4 à 5 mètres, avait perdu l'équilibre et était tombé la tête la première sur un monceau de sable. Il fut immédiatement placé dans le service de M. Chaumet, alors chirurgien en chef, qui l'examina avec M. Hirigoyen. Coma profond, yeux fermés, pas de déviation dans les traits de la face, respiration assez douce, même un peu faible et lente; pouls difficile à percevoir, cinquante-huit pulsations par minute; résolution complète des muscles, mollesse remarquable dans toutes les régions du corps. Il n'était sorti de sang ni par le nez ni par les oreilles; il n'y avait aucune trace de blessure ni de contusion; le derme était seulement un peu excorié au côté interne de l'articulation radio-carpienne droite; la colonne vertébrale ne présentait aucune déviation; la tête était assez fortement renversée en arrière, mais pas plus cependant qu'elle ne l'est communément sur un cadavre placé sur un plan horizontal; elle était même assez mobile.

Après avoir examiné les différentes parties du corps, M. Chaumet déclara que l'état où se trouvait le malade devait être rapporté à une commotion cérébrale; tous les symptômes observés se rapportaient, en effet, au premier et au second degré de la commotion, tels que Delpech les a établis. Il prescrivit, en conséquence, des sinapismes sur les extrémités inférieures, des lavements purgatifs, une saignée du bras si le pouls se relevait, etc.; mais tous ces moyens furent sans efficacité; le pouls se maintint au même degré de lenteur et de faiblesse. Le soir, le malade n'avait pas fait un seul mouvement; ses yeux étaient toujours fermés, le globe oculaire immobile, la pupille largement dilatée, la cornée transparente un peu terne. Il s'éteignit la nuit suivante, à quatre heures du matin, sans avoir eu ni convulsions ni soubresauts.

Pénétré de l'idée que c'était à une violente commotion cérébrale qu'il fallait assigner la cause des symptômes précédemment décrits et de la mort, M. Hirigoyen procéda avec soin à l'ouverture du crâne et à l'examen du cerveau; mais il ne trouva ni sang épanché dans les méninges, ni altération de la substance cérébrale. Le désordre était ailleurs.

C'est, dit-il, en voulant extraire le cerveau du crâne, de la base duquel je ne l'avais pas encore enlevé, et en plongeant à cet effet la lame du scalpel dans le canal vertébral pour couper la moelle, que mon attention fut

tout à coup attirée vers cette région.

La moelle allongée, qui est toujours librement logée dans son canal, paraissait tout à fait portée en arrière, et même un peu aplatie contre l'arc postérieur de l'atlas. Je la divise aussi bas que possible, et elle resteattachée à l'encéphale, que j'enlève de la base où il est placé. La partie inférieure du cerveau, du cervelet, ni du mésocéphale, ne me présentent rien à noter; la moelle allongée offre un aplatissement sensible d'avant en arrière, au niveau du tiers inférieur des pyramides; cependant on ne peut pas dire qu'il y ait eu désorganisation de la substance.

A travers la dure-mère rachidienne on aperçoit antérieurement une couleur bleuâtre due à du sang noir épanché entre elle et les vertèbres; une saillie très-considérable dans la partie verticale du canal est la cause de l'aplatissement du bulbe rachidien. Je fends la dure-mère sur cette saillie; je découvre ainsi l'apophyse odontoïde, qui est placée en arrière du ligament transverse, et un peu plus du côté gauche que du côté droit; le ligament odontoïdien de ce côté est intègre, tandis que celui du côté droit est complétement rupturé au niveau de l'apophyse. J'ajoute que le ligament odontoïdien conservé est placé, pour ainsi dire, à cheval sur le ligament transverse; qu'il a empêché l'apophyse de remonter tout à fait derrière ce ligament, ou de se porter encore plus en arrière et d'écraser ainsi complétement la moelle. Les apophyses articulaires sont écartées les unes des autres; il n'y a aucune fracture. Le reste du rachis est à l'état normal. Rien de particulier n'a été rencontré dans les autres cavités viscérales. (*Journ. de chir.*, décembre 1844, et *Bull. méd. de Bordeaux*).

OVAIRES (*De l'extirpation des*). Dans ces dernières années, les journaux d'Allemagne et d'Angleterre ont publié un certain nombre de faits relatifs à l'extirpation des ovaires affectés soit d'hydropisie, soit de toute autre dégénérescence morbide. Dernièrement encore M. Churchill en faisait connaître 66 cas empruntés à divers auteurs, et tout récemment aussi la Société médicale d'émulation s'occupait de cette question de thérapeutique sur laquelle nos lecteurs nous sauront gré sans doute d'appeler leur attention. Disons d'abord que l'idée de l'ovariotomie est déjà ancienne; elle a pris naissance en 1722, Schleuker en fut l'auteur. Après lui, Pott, Morand, et quelques autres chirurgiens moins connus, s'efforcèrent de propager cette opération; mais la plupart des praticiens éminents la condamnèrent, si bien que jusqu'à présent elle n'a pas encore trouvé pour la défendre un seul des grands noms qui font autorité dans la science. Le peu de faveur accordé à l'ovariotomie constitue déjà à mon avis une fâcheuse présomption contre sa valeur réelle; car si l'indication posée par Schleuker avait pu être avantageusement suivie, il est clair qu'aujourd'hui nous la verrions généralement comprise et acceptée, comme tant d'autres découvertes d'origine plus récente. Au surplus, nous laisserons parler les faits. M. Churchill divise ses 66 cas en trois catégories. La première comprend ceux où l'ovaire malade a été réellement enlevé. Ils sont au nombre de 49. Il y a eu 16 morts; 1 sur 3 environ. Dans la seconde catégorie sont rangés 9 cas dans lesquels l'opération ne put être achevée, soit à cause de l'étendue et de la résistance des adhérences, soit à cause de la grande vascularité de la tumeur. Quatre ont succombé. Enfin la troisième catégorie comprend 8 cas où l'opération a échoué, soit parce qu'après l'incision on n'a pas trouvé de tumeur, soit parce que celles qu'on a rencontrées n'étaient pas des dégénérescences de l'ovaire. Quatre sont morts. Nous ne discuterons pas sur les chiffres de la première catégorie, nous acceptons celui de la mortalité comme pouvant à la rigueur se comparer au résultat donné par la statistique appliquée à plusieurs autres grandes opérations de la chirurgie; seulement, nous ferons remarquer que nous manquons d'une donnée indispensable, je veux parler de la vérification ultérieure du chiffre des guérisons. Que sont devenues les malades? combien de temps ont-elles vécu et comment ont-elles vécu après l'opération? En un mot, quel bénéfice un peu durable en ont-elles retiré? nous l'ignorons, et cependant il y a dans ces questions un côté capital que l'auteur devait éclairer. Mais ce que nous savons bien, c'est que dans 17 cas l'opération commencée n'a pu être achevée : or, pour nous, ce chiffre est l'arrêt qui condamne l'ovariotomie. Quelles sont

en effet les conditions que l'on est en droit d'exiger de toute entreprise chirurgicale de cette nature? c'est avant tout d'être dirigée par un diagnostic clair, précis, incontestable. Les limites de la maladie, sa nature intime doivent être connues et bien définies; sans ces données essentielles, l'opération devient un acte irrationnel et de pur empirisme; or, dans l'espèce, l'empirisme est chose grave, car il ne s'agit rien moins que d'une question de vie ou de mort. Le diagnostic, nous venons de le voir, est souvent entouré d'incertitude et d'hésitation; ainsi le docteur Lizars trouve une simple masse adhérente au-devant de la symphise sacro-iliaque, au lieu d'un kyste comme il l'avait cru : il se hâte alors de refermer la plaie de l'abdomen, la malade n'est pas morte. Une autre fois, c'est M. Dieffenbach qui, effrayé par le volume de la base de la tumeur, n'ose pas l'enlever, dans la crainte d'une hémorrhagie mortelle; il se hâte, comme M. Lizars, de refermer l'abdomen. D'où il résulte que l'incision de la paroi abdominale dans tous ces cas n'a eu d'autre résultat que de servir de moyen d'exploration : singulière voie de diagnostic à laquelle personne sans doute ne sera tenté de recourir. Disons encore, pour justifier s'il en est besoin notre éloignement pour cette opération, que M. King, arrêté pendant qu'il la pratiquait par une syncope de sa malade, porta la main dans le ventre et n'y trouva plus de tumeur (*Rev. méd.*, t. I, p. 694). Un fait semblable se lit dans l'*Expérience*, t. I, p. 634; c'est M. Dboloff qui, ayant fait une incision de cinq pouces à l'abdomen, ne trouve plus la tumeur, et se hâte de refermer la plaie à l'aide de points de suture. Si, en présence de pareils résultats, il se trouve encore des chirurgiens pour recommander et pour pratiquer une opération qui, sous le rapport du diagnostic incomplet, ne saurait se justifier 17 fois sur 66, et qui, en tout état de choses, expose grandement la vie des malheureuses femmes qui s'y soumettent; ceux-là, je ne crains pas de le dire, n'ont à cœur ni la conservation de leurs semblables qu'ils sacrifient légèrement, ni la dignité de l'art qu'ils compromettent par de semblables tentatives. L'opinion que nous formulons ici ne paraîtra ni exagérée ni trop sévère, si on veut bien se rappeler que l'ovariotomie a surtout été pratiquée dans le but de guérir une maladie avec laquelle on peut vivre sans accident grave pendant de nombreuses années : c'est l'hydropisie des ovaires. Combien de femmes, en effet, ont fourni une longue carrière sans que cette hydropisie ait cessé de demeurer stationnaire; et dans le cas où elle a acquis un volume considérable, on put sans inconvénient sérieux le diminuer au moyen de la ponction renouvelée un grand nombre de fois. En résumé, on doit conclure de tout ce qui précède que l'art ne peut entreprendre ici qu'une cure palliative, et que vouloir parvenir à une guérison radicale, c'est faire courir au malade des chances de mort trop positives, et qu'en conséquence l'ovariotomie doit être proscrite du domaine de la médecine opératoire. (*Gaz. méd.* et *Journ. des conn. méd.*, décembre 1844.)

RATE (*De l'action du sulfate de quinine sur la*). Nous avons exposé, dans le numéro de décembre dernier, les faits et les expériences qui ont amené M. Gouraud à infirmer les opinions de M. Piorry sur l'influence extraordinairement rapide du sulfate de quinine sur la rate. Nous faisions entrevoir que M. Piorry ne resterait pas probablement sous le coup de la publication de M. Gouraud, et que, selon toute apparence, il y répondrait. Nos prévisions se sont réalisées; M. Piorry a répondu, et, avec notre impartialité ordinaire, nous présenterons à nos lecteurs un sommaire analytique de cette réponse, en le faisant suivre des observations nouvelles publiées par M. Gouraud.

M. Piorry répond d'abord par des faits, ce qui est la meilleure des réponses quand les faits sont à l'abri de toute contestation. Deux malades, atteints d'hypertrophie de la rate, furent couchés sur le côté droit du corps. On constata, autant que possible, le caractère et le degré de la matité splénique, puis on circonscrivit minutieusement le limbe de la rate. On fit prendre alors les mêmes proportions d'acide sulfurique étendu d'eau que l'on ajoute d'ordinaire au sulfate de quinine pour le rendre soluble, et on ausculta l'estomac. On entendit le glouglou de la descente du liquide, mais on ne put rien saisir qui ressemblât au bouillonnement produit par le dégagement du gaz. L'eau simple produisit le même bruit. On mesura alors la rate, après

une minute, et de cinquante secondes en cinquante secondes cette mesure fut renouvelée, et cela jusqu'à la vingtième minute. Or, la circonscription de l'organe splénique ne varia en aucune façon. Un quart d'heure après, la mesure était exactement la même. On administra alors au premier malade un gramme de sulfate de quinine, et dans un temps très-court, en moins de quarante secondes, la diminution de la rate commença à se manifester; vers la deuxième minute, le décroissement était porté à deux centimètres, et, dans les cinq minutes suivantes, il devint encore beaucoup plus considérable. Dès le lendemain, une nouvelle dose de sulfate de quinine étant administrée, la rate avait repris ses dimensions normales. Même résultat sur le second malade. Sur celui-ci même, la chose devint plus claire. En effet, par des circonstances que M. Piorry n'explique pas, le médicament prescrit ne fut pas exactement administré, ce qui fut reconnu par la plessimétrie à l'état de la rate. Le médicament, pris sous les yeux du médecin, produisit ses effets ordinaires.

M. Piorry cite encore un troisième exemple, pour lui tout aussi concluant. « Ainsi, dit-il, la question est jugée, le sulfate de quinine acide fait très-rapidement diminuer la rate. Le fait est surprenant, mais il n'en est pas moins certain. Du reste, il ne l'est pas plus que ne l'est la diminution très-considérable, en huit jours, d'unos hypertrophié à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium. »

M. Piorry ne borne pas sa réponse à l'exposition de faits nouveaux, il cherche encore à détruire les explications données par M. Gouraud. D'abord ce dégagement rapide de gaz dans l'estomac serait contraire à tous les faits physiologiques connus. D'ailleurs, dans une multitude de cas, c'est le côlon transverse ou descendant, et non l'estomac, qui se trouve situé au-dessous de la rate. Le sulfate acide, pris par le rectum, produit le même effet sur la rate que lorsqu'il est pris par l'estomac; peut-on, dans ces cas, invoquer un développement gazeux intestinal bien plus incompréhensible encore que l'action du sulfate sur la rate? La limitation du décroissement de la rate, faite un quart d'heure après l'emploi du sulfate de quinine, reste exactement la même le lendemain et les jours suivants, et tant qu'on ne donne pas de nouvelles doses de sel de quinquina; est-ce qu'alors les gaz se seraient sans cesse formés? La salicine, le houx, les amers que l'on a employés et qui jamais n'ont diminué la rate, est-ce qu'ils n'étaient pas aussi ingérés en boisson? Et alors n'auraient-ils pas dû, dans l'hypothèse proposée par M. Gouraud, dégager des gaz, et partant rendre la matité splénique moins marquée?

A cette argumentation, M. Gouraud répond : « Que dit M. Piorry? Qu'il a fait de nouvelles expériences, et qu'il en résulte que plusieurs fois, devant de nombreux témoins, la rate a diminué de deux centimètres et plus. La *mesure* avait été prise *exactement* avant et après l'administration du sulfate de quinine. Mais c'est cette mesure que j'attaque. Je dis, par exemple, que, si peu de liquide qu'on verse dans l'estomac, ce que M. Piorry appelle le bord supérieur de la rate a un tout autre son; de même pour ce qu'il appelle le bord antérieur. M. Piorry dira-t-il que je ne *mesure* pas aussi bien que lui la rate, que son habileté plessimétrique passe la mienne, et que je ne percute pas *assez bien*? Ce serait ne rien dire : car je pourrais lui répondre qu'il percute *trop bien*. Et d'ailleurs, si un moyen de diagnostic demandait une telle délicatesse de tact, une telle expérience, une telle dextérité, qu'il ne pût être qu'à la portée de son auteur, ce moyen serait mauvais... M. Piorry ne nie pas qu'une petite quantité de liquide introduite dans l'estomac ne fasse entendre à l'oreille un glouglou remarquable, et que, par suite, la sonorité de l'hypocondre gauche n'en soit augmentée : or, puisque c'est de cette sonorité ou non-sonorité que se tire la *mesure* de la rate, il fallait, avant tout, m'apprendre quelle partie de sonorité appartient à l'ingestion du liquide, quelle autre partie appartient à la diminution de la rate. Tant que cela n'est pas fait, je m'en tiens au fait général que j'ai signalé, savoir, que la disparition de la matité me paraît dépendre de l'injection du liquide plus que de l'action du sulfate de quinine... Les gaz se *développent-ils* ou se *déplacent-ils ?* Je n'en sais rien; mais ils se *manifestent*, de latents ils deviennent évidents, comme le prou-

vent l'auscultation et la percussion. Ce que je ne comprends pas, c'est qu'on dise qu'il serait contraire à tous les faits physiologiques connus d'admettre un tel dégagement de gaz survenant aussi rapidement dans l'estomac, et qu'on n'éprouve aucune difficulté à ce que la rate perde en quelques secondes une si grande quantité de son volume, et qu'elle fuie sous les doigts presque instantanément. De ces deux faits, l'un m'étonne moins que l'autre; et d'ailleurs, que M. Piorry s'étonne davantage du dégagement instantané des gaz dans l'estomac, et moi davantage de la diminution instantanée de la rate, cela ne fait rien à l'affaire; c'est aux praticiens et aux cliniciens de décider. »

Nous venons d'exposer succinctement, mais aussi fidèlement que possible, l'état de la discussion élevée entre MM. Piorry et Gouraud. La question offre un véritable intérêt pratique, savoir, l'influence du sulfate de quinine sur l'hypertrophie de la rate, et nous pensons que les cliniciens, auxquels M. Gouraud fait appel, ne la laisseront pas s'éteindre ou s'éterniser entre les deux contendants. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, janvier 1845.)

RHUMATISME CÉRÉBRAL (*Du*). Hâtons-nous de dire à nos lecteurs que, sous ce titre peut-être un peu ambitieux, un de nos plus honorables praticiens de Paris, M. Hervez de Chégoin, a l'intention de signaler une nouvelle coïncidence du rhumatisme articulaire avec les membranes séreuse et fibreuse du cerveau. Soyons tout aussi empressés de leur apprendre que la note de notre confrère est plutôt une indication qu'une démonstration, comme d'ailleurs il le reconnaît lui-même. N'est-il pas vrai, en effet, que, dans cette note, les preuves impérieusement exigées par la science moderne font complétement défaut? Les observations qu'elle renferme ne seraient-elles pas lues sans étonnement et sans exciter une vive critique, dans quelque vieux traité de médecine où, sur des preuves semblables, l'auteur admettait sans scrupule des rhumatismes du foie, de la rate, des poumons, voire même du cerveau? Et avec un peu de patience ne serait-il pas facile d'enlever à M. Hervez de Chégoin la priorité de sa découverte?

Quoi qu'il en soit, voici, succinctement rapportés, les faits sur lesquels l'auteur se fonde pour faire présumer cette nouvelle coïncidence ou métastase et pour attirer sur ce point l'attention des observateurs.

Une femme de quarante-cinq ans environ, forte et impressionnable, était retenue au lit par un rhumatisme articulaire aigu qui suivait sa marche ordinaire quand, un soir, il survint de la céphalalgie avec une agitation singulière. La malade mourut dans la nuit.

Cette première preuve est évidemment sans valeur, et nous ne ferons pas à nos lecteurs l'injure de le démontrer.

M. de R., âgé de trente ans environ, d'une taille élevée, d'un embonpoint plus qu'ordinaire, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une grande sensibilité morale, avait eu, il y a quatre à cinq ans, un rhumatisme articulaire aigu et général. Sa santé s'était bien rétablie, à part quelques douleurs dans les mains avec gonflement... Dans le mois de septembre il était mal disposé, n'avait pas d'appétit. Il partit néanmoins pour un voyage dans le Midi. La première nuit qu'il passa en voiture, il souffrit de la main droite, qui était brûlante et qu'il tint en dehors de la portière pour la rafraîchir.

Il fut obligé de s'arrêter dans un hôtel le lendemain de son départ. Il y resta quarante jours, avec des symptômes mal caractérisés : des douleurs dans le ventre, dans la main, une irritabilité extrême, des besoins de pleurer. Il n'avait point ou très-peu de fièvre. On appliqua beaucoup de sangsues, faute de pouvoir le saigner; il s'était trouvé mal aux premières gouttes de sang. L'appétit ne revenait point. On lui donna un simple minoratif; il eut des selles nombreuses et les douleurs de ventre se renouvelèrent; elles se calmèrent cependant, et après quarante jours il put revenir chez lui en poste.

Pendant dix jours, malaise, inappétence, paroxysmes fébriles combattus par le sulfate de quinine, qui régularise la fièvre. Sensibilité exaltée.

Le 1er décembre, cinquantième jour de la maladie, cette exaltation augmente; il pleure, il s'agite, s'impatiente et délire. Il s'en aperçoit un instant, et tombe le même jour dans

un assoupissement pendant lequel il délirait encore.

Le médecin qui le voyait, homme d'expérience et de sens, annonça tout le danger de cet état, fit appliquer quinze sangsues derrière les oreilles, et des révulsifs aux extrémités. Pendant l'écoulement de sang le délire et l'assoupissement cessèrent pour revenir bientôt avec des alternatives fréquentes. Hallucinations passagères. La figure était peu altérée, c'était celle d'un homme endormi, avec des variations dans la coloration de la peau. Il entendait quelquefois des paroles prononcées un peu haut. La vue était incertaine, quoique les pupilles ne fussent pas dilatées. Il buvait facilement, quoique le passage des liquides de la bouche au pharynx se fît avec lenteur; il conservait ses boissons, et n'avait pas de diarrhée. Pouls petit, fréquent, à 120. Malgré la médication la plus énergique, l'assoupissement devint continu, et le malade succomba le septième jour.

Par la succession de ces phénomènes morbides, l'auteur croit voir là un rhumatisme erratique occupant d'abord la main, puis les organes intestinaux, et finalement les membranes fibreuse et séreuse du cerveau. Le lecteur verra facilement encore ici tous les motifs de doute qui s'élèvent dans l'esprit sur cette seconde preuve.

Un sculpteur allemand, à imagination vive, a eu plusieurs fois des rhumatismes articulaires qui ont toujours été accompagnés de délire. Il en était de même cette fois, et son délire était si marqué, qu'il fut transporté des salles communes dans une chambre particulière de la maison royale de santé, et qu'il fut question de le renvoyer comme aliéné. M. Hervez s'y opposa parce que ce délire était fébrile et qu'il le considérait comme lié à la maladie. Malgré des saignées, des ventouses, des purgatifs, il persista pendant encore vingt jours, et le malade fut regardé comme dans le plus grand danger. Il ne survint jamais d'assoupissement; c'était toujours de l'agitation, de la loquacité; le pouls était fréquent, développé, et la peau chaude. Il n'y avait aucun trouble particulier dans le cœur, dans la respiration, ni dans le ventre. — Le rhumatisme, fixé principalement aux pieds, aux mains, aux poignets, était un véritable rhumatisme fibreux.

Sur ces trois observations, M. Hervez est porté à établir trois formes de rhumatisme cérébral pouvant affecter deux sièges différents, le système séreux et le système fibreux des enveloppes du cerveau. On voit que c'est aller vite en besogne. Sans nier absolument, que doit-on nier en médecine? la possibilité d'une métastase rhumatismale sur les enveloppes encéphaliques. Nous ne pouvons, sur le travail de M. Hervez, admettre ce fait comme démontré. Sur un point qui paraissait à l'abri de toute contestation, la coïncidence du rhumatisme articulaire avec l'inflammation des membranes fibreuse et séreuse du cœur, on sait que M. Chomel et son école élèvent aujourd'hui un dissentiment grave et profond. Un autre observateur judicieux, M. Legroux, dont nous analyserons prochainement un travail important, va plus loin encore, en attribuant les phénomènes morbides qui surgissent du côté du cœur, au traitement des saignées coup sur coup. Or, si sur des affections que les procédés de diagnostic actuels ont rendues assez faciles à observer, des dissidences aussi graves s'élèvent, que ne doit pas attendre M. Hervez de cette nouvelle coïncidence qu'il indique! Et n'est-ce pas plutôt une vue ingénieuse de l'esprit qu'un résultat sérieux d'une rigoureuse observation? Jusqu'à plus ample informé nous pouvons le penser. (*Gaz. des hôp.*, janv. 1845.)

SUTURE INTESTINALE (*Nouveau procédé de*). La suture sur laquelle M. Gély, de Nantes, se propose d'appeler l'attention des chirurgiens, a sa souche primitive dans la suture à points passés, dont elle constitue une variété complexe. Elle a, dit l'auteur, le plus grand rapport avec la couture que l'on appelle piqué double ou des deux côtés, surtout quand elle est exécutée comme la font, par exemple, les cordonniers avec deux fils à la fois. Voici la description qu'en donne M. Gély et que nous reproduisons textuellement, cette suture nous paraissant remplir les conditions essentielles pour la guérison des plaies intestinales :

Un fil ciré est armé à chaque extrémité d'une aiguille ordinaire; l'une d'elles est enfoncée parallèlement à la plaie, en dehors et en arrière de

l'un de ses angles, à une distance de 4 à 5 millim.; elle ressort après un trajet de 4 à 5 millim. dans l'intestin; l'autre aiguille est ensuite employée à exécuter la même manœuvre sur la lèvre opposée. Les fils sont alors croisés, l'aiguille de gauche passe à droite, et réciproquement; chacune d'elles sert alors à faire un nouveau point entièrement semblable au premier, avec la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté au côté opposé. Cette manœuvre est ensuite répétée autant de fois que cela est nécessaire pour garnir toute l'étendue de la plaie. Cela fait, il reste, avant de nouer les fils, à serrer convenablement chaque point. Cette partie de l'opération se fait en prenant successivement chaque échelon transversal et même chacun des deux fils qui le composent avec une pince à disséquer, et en exerçant dessus une traction convenable, tout en déprimant les lèvres de la plaie. Elles ne tardent pas à s'adosser avec une telle exactitude, que l'on n'aperçoit plus au dehors aucune trace des fils qui ont produit ce résultat. Lorsque cette opération est terminée, il ne reste plus qu'à nouer ensemble les deux fils opposés et à couper les chefs au ras de ce nœud. Nous avons déjà dit que, dans ce cas, il est aussi bien caché que le reste du fil. Quand on examine par l'intérieur de l'intestin cette espèce de suture, on observe un repli valvulaire formé par les tuniques intestinales adossées; puis, à la base et de chaque côté, la ligne continue représentée par les anses du fil qui ferment si complètement la plaie.

On doit employer des aiguilles déliées, mais un peu plus grosses que le fil pour que celui-ci passe très-facilement après elles. L'intestin doit être perforé au moins à 4 millim. en dehors de la plaie, de chaque côté; c'est à cette distance que doivent se trouver les deux lignes formées par les anses latérales, qui sont ainsi écartées l'une de l'autre de 8 millim.; le renversement ne peut être effectué qu'à cette condition. Toutes les tuniques doivent être percées du même coup de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. Pour éviter de cheminer obliquement dans leur épaisseur, et pour ne pas faire le point trop long, il faut aplatir l'intestin dans cet endroit en pressant entre deux doigts les surfaces opposées. La distance entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie doit être au plus de 6 millim.; ce qui fait 10 anses pour chaque bout, pour un intestin dont la circonférence serait, après la réduction et dans le cas de section complète, de 6 centimètres. Après avoir croisé les fils, il ne faut pas tenir à faire pénétrer l'aiguille exactement par le trou de sortie du fil opposé, ce qui rendrait plus que difficile la partie de l'opération qui consiste à adosser les surfaces. Du reste, on rend infailliblement l'opération plus facile et plus prompte en serrant dès qu'on a fait deux points de chaque côté, et en les arrêtant de suite par un petit nœud. En continuant ainsi sur toute la longueur de la plaie, on éprouve moins de difficulté à mettre les parties en contact.

Cette méthode est surtout indispensable dans les plaies complètes. Une précaution fort importante consiste à bien maintenir le parallélisme entre la longueur des points faits de chaque côté, pour que les parties rapprochées se correspondent bien. Dans les plaies complètes la suture sera commencée au bord libre de l'intestin, pour venir se terminer au même point. Pour exécuter cette suture, il faut employer un fil délié. La soie à coudre, de moyenne grosseur, est, à notre avis, la meilleure qu'on puisse choisir. Il importe qu'elle soit toujours fortement cirée et qu'elle ne cordonne pas. Ce procédé, ajoute l'auteur, est le même, quelles que soient la direction et la situation de la blessure. Nous l'avons appliqué sur le cadavre et sur les animaux, avec la même facilité, aux plaies complètes et incomplètes.

Dans toutes, l'adossement s'effectue par une inflexion égale de chacune des lèvres de la plaie; inflexion qui, ne dépassant pas l'angle droit, peut être appelée un demi-renversement, par rapport à la duplicature de l'intestin proposée par M. Jobert pour les plaies complètes.

Quand, au lieu d'une plaie simple, il existe une perte de substance un peu étendue, les bords peuvent encore être mis en contact par le même procédé. Seulement alors l'intestin doit être coudé ou infléchi plus ou moins sur lui-même. Quand le coude de l'intestin se rapproche de l'angle droit, l'inflexion des lèvres de la plaie est moindre que dans les plaies simples; et, quand il dépasse l'angle droit, le renversement est à peu près nul,

mais il y a alors adossement de l'intestin avec lui-même. Ainsi, dans le cas de perte de substance, plus celle-ci est étendue, plus le coude formé par l'intestin réuni sera marqué, et moins il y aura de courbure dans les lèvres juxta-posées par leur surface séreuse. Cette courbure de l'intestin peut être portée sans inconvénients au point de rendre parallèle les deux bouts infléchis.

Dans le cas de perte de substance de forme ronde ou elliptique, on peut donc mettre facilement en contact l'une avec l'autre chacune des deux demi-circonférences de la plaie.

Une conséquence forcée de cette dernière proposition, c'est que le même procédé de suture peut servir à mettre en contact deux plaies, deux pertes de substance placées à une certaine distance l'une de l'autre, car il est aussi facile d'agir sur deux circonférences isolées que sur deux portions d'une même circonférence. Le cercle à parcourir est complet et par conséquent plus grand dans le premier cas; mais il peut l'être aussi exactement et de la même manière. Après cette opération, les deux anses intestinales sont adossées parallèlement, et une communication fistuleuse s'établit entre elles.

Ce résultat inattendu et presque nouveau est, pour ainsi dire, inhérent à ce genre de suture, dont la supériorité dans ce mode de rapprochement est tout à fait incontestable. (*Annales de la chirurg. franç. et étrang.*, décembre 1844).

VARICOCÈLE (*Sur un nouveau mode de traitement du*). Frappé sans doute des graves accidents auxquels on expose les malades atteints de varicocèle toutes les fois que l'on tente la cure radicale de cette affection au moyen des divers procédés qui tous agissent plus ou moins directement sur les veines du cordon, M. Velpeau pratiqua, pour la première fois, au mois de juillet 1844, une opération curieuse par sa nouveauté, et dont nous nous sommes abstenus de parler, attendant, pour la juger, que les faits se soient prononcés sur sa valeur réelle. Cette opération, conçue et appliquée en Angleterre par le docteur Brausby Cooper, consiste à raccourcir les enveloppes des testicules sans toucher aux veines du cordon: voici comment M. Velpeau procéda sur le nommé Roumili Martin : celui-ci étant couché horizontalement, les jambes écartées, de la main gauche l'opérateur saisit les bourses par leur fond, les releva, refoulant sur le pubis les deux testicules qu'un aide retint dans cette position avec le pouce et l'index, qui délimitèrent ainsi tout ce qui devait tomber sous le tranchant du bistouri : six fils furent passés au-dessous de ces doigts, et le bistouri, qui devait les épargner, les divisa en coupant les téguments en avant et en arrière. Les ciseaux complétèrent la section du lambeau en portant sur le tissu cellulaire et la séreuse vaginale jusque-là respectés : les liens furent remplacés par une suture en surjet, et on procéda au pansement, consistant en une toile enduite de cérat, une compresse et un bandage approprié. Il s'est développé peu d'inflammation, et la réunion a marché sans obstacle; la cicatrice était complète et solide au bout d'une semaine. Le second malade sur lequel M. Velpeau a fait l'application du procédé anglais est le nommé Schwerp, âgé de dix-sept ans, tailleur : le varicocèle de cet individu n'a été soumis à aucun traitement; jamais il n'a été soutenu par un suspensoir; la peau des bourses, flasque, descend jusqu'au milieu des cuisses; le cordon, très-long, est entouré de vaisseaux qui forment une tumeur pâteuse à nodosités répétées. Cette fois, M. Velpeau modifia quelque peu le procédé opératoire. Après avoir relevé verticalement le bas-fond des bourses et refoulé le testicule contre le pubis, il fit tendre le scrotum transversalement; l'index et le médius d'un aide délimitent la base du lambeau, et immédiatement au-dessous de ces doigts, l'opérateur passe, à de légers intervalles, dix épingles décrivant dans leur ensemble une courbe analogue à la courbe normale du scrotum, puis, à quelques millimètres de cette ligne courbe, il conduit son bistouri de gauche à droite, jetant un lien qu'un aide retient, sur chacune des épingles, au moment d'y arriver. Dix temps, par conséquent, dit l'auteur de l'article où nous puisons ces faits, composent cette opération fort douloureuse, qui ne dura pas moins de quinze minutes. L'excision accomplie, il reprend isolément les fils pour en faire un 8 sur l'épingle correspondante. Même pansement que chez Roumili : les troisième et quatrième jour on retire les épingles ; la réunion est incom-

plète, il faut recourir à des bandelettes agglutinatives : la suppuration est assez abondante, elle retarde la cicatrisation qui s'acheva tardivement. Une semaine après, le poids des organes a déjà agi sur le scrotum raccourci qui leur permet de flotter trop librement. Un suspensoir est de nécessité. Le troisième opéré de M. Velpeau est un jeune homme de 18 ans qui ne fut instruit de la maladie dont il était atteint que le jour où il passa au conseil de révision avant d'entrer dans l'armée en qualité de volontaire; son varicocèle était donc bien indolore. Néanmoins il voulut être opéré, espérant ainsi faire lever la difficulté qui mettait obstacle à sa vocation. Banviliers fut opéré le 16 par le procédé décrit dans l'observation qui précède : seulement, les doigts de l'aide, qui servent à marquer la base du lambeau, furent remplacés par deux sondes cannelées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous, retenues par un fil du côté du pavillon, du côté opposé par un aide; deux épingles, au-devant d'elles, prévinrent le retrait de la peau après la section. Les suites de l'opération furent marquées par plusieurs hémorrhagies peu abondantes, qui se renouvelèrent les 20, 21 et 22; le malade avait été opéré le 16 octobre; la réunion manqua en grando partie, le testicule eut de la tendance à s'échapper entre les bords de la plaie; il y eut une eschare de la tunique vaginale et du tissu cellulaire sous-séreux; pour prévenir la hernie du testicule, il fallut soutenir le scrotum avec des bandelettes agglutinatives. La guérison s'effectua du 7 au 8 novembre; on s'aperçut alors que le testicule adhérait au tissu inodulaire, inconvénient qui le met dans la nécessité de suivre tous les mouvements du scrotum. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, Bauviliers est désolé parce que, dit-il, la cicatrice est un peu éraillée et que ses bourses ont repris leur longueur primitive. Ces trois faits, que nous avons rapportés très-exactement d'après l'article déjà indiqué, sont-ils de nature à justifier l'opération pratiquée par le chirurgien de la Charité, à l'instar du praticien anglais, qui échoua d'ailleurs complètement sur le seul malade qu'il ait rendu passible de son invention opératoire? Il serait, à mon avis, peu prudent de répondre affirmativement à cette question ; ce n'est point une cure radicale que l'on se propose d'obtenir par ce procédé, puisque par lui l'oblitération des veines est impossible. Aussi, il ne constitue qu'un moyen de plus à ajouter à ceux qui composent déjà le traitement palliatif; c'est un suspensoir d'un nouveau genre, dont l'étoffe est prise sur le malade lui-même. Or, l'expérience a prouvé que, chez tous les opérés, le scrotum, ainsi réduit à d'étroites dimensions, n'a pas tardé à se laisser distendre de nouveau par la tumeur variqueuse dont le développement ne saurait être enrayé parce que, assez bien soutenue dans le principe, son poids agissant incessamment sur l'enveloppe cutanée, elle cesse bientôt de l'être convenablement. Le suspensoir modifié d'après les conditions de forme et de volume particulières à chaque varicocèle, nous paraît remplir bien plus sûrement l'indication dont il s'agit, et il n'expose pas, comme la rescision du scrotum, à des accidents dont la gravité ne peut être prévue à l'avance. Aussi croyons-nous que M. Velpeau ne fera pas d'imitateurs, et que, pour obtenir un allégement momentané, aucun praticien ne se résoudra à faire peser sur un homme jeune et bien portant du reste les chances d'une opération qui peut être mortelle. (*Journ. des Conn. médico-chirurgicales*, décembre 1844.)

VARIOLE *mortelle chez des individus vaccinés.* Dans ces derniers temps, il y a eu à Londres une espèce d'épidémie de variole, et parmi les décès qui ont eu lieu, on a signalé un assez grand nombre de cas de variole survenue après vaccination. Le gouvernement a fait faire une enquête et demandé des renseignements aux médecins qui avaient traité les individus vaccinés morts de la variole. Ces renseignements ont été transmis au docteur Gregory, médecin de l'hospice des varioleux, qui en a fait le sujet d'un rapport très-intéressant. Il résulte de ce rapport que l'on a obtenu des détails sur trente-quatre cas de variole terminés par la mort chez des individus qu'on disait avoir été vaccinés. Chez onze de ces individus, les renseignements n'étaient pas suffisants; huit autres cas étaient douteux ; restaient cinq cas de petite vérole mortelle chez des adultes vaccinés, et dix cas de même espèce survenus chez les enfants. Ce

n'est pas certainement une chose extraordinaire que de voir succomber cinq adultes vaccinés à une variole grave; de pareils faits se sont présentés dans tous les pays. Mais, ainsi que l'a fait remarquer le docteur Gregory, la mort de dix enfants, après vaccination, constitue une nouvelle phase de l'histoire de cette maladie, et ce sujet appelle de nouvelles recherches. Ces dix enfants avaient : le plus âgé, 9 ans; un, 8 ans; deux, 6 ans; un, 5 ans; trois, 4 ans; un, 3 ans; un, 6 mois. Dans tous ces cas, la vaccination n'était pas douteuse, et huit d'entre eux portaient de belles cicatrices vaccinales. Au reste, ces enfants avaient été vaccinés dans des pays très-différents, de sorte qu'il était très-difficile d'incriminer la nature du vaccin dont on s'était servi.

Des lacunes regrettables existent dans ce travail; la première est relative à l'état de santé habituelle où se trouvaient ces enfants soit avant, soit après la vaccine. Un travail récent de M. le docteur Legendre a en effet fixé l'attention sur l'influence de la vaccine sur la variole chez les enfants débiles. La seconde est l'absence de renseignements sur l'époque de la vaccination plus ou moins éloignée de la variole qui a mis fin à leur existence. (*London med. Gaz.*, sept. 1844. *Archi. gén. de méd.*, décembre 1844.)

VARIÉTÉS.

Statistique du personnel médical en France. — Les souffrances du corps médical sont tout aussi réelles que nombreuses. Quelques rares privilégiés, habitant les grands centres de population, peuvent seuls trouver que les choses vont le mieux du monde et qu'il n'y faut rien changer. Le bonheur et le succès rendent optimiste, de tous les égoïsmes, le plus sec et le plus irritant. Mais la masse souffre, c'est évident; la profession médicale est lésée dans ses intérêts moraux et dans ses intérêts matériels, c'est incontestable. Cependant nous sommes-nous enquis de la cause et de la nature de notre mal? Savons-nous quel en est le siége et où, par conséquent, doit être apporté le remède? Connaissons-nous, en d'autres termes, d'une manière suffisante, tous les éléments qui composent notre organisation médicale, le nombre des médecins, leur dissémination sur la surface du pays, leur proportion avec les besoins et les ressources des localités, etc., etc.? On a beaucoup parlé de réforme et d'organisation médicale; mais a-t-on une connaissance suffisante de ce qui est, pour pouvoir dire ce qui devrait être?

Non, ni parmi nous, ni hors de nous, ni dans l'administration purement médicale, ni dans l'administration supérieure, personne ne s'est occupé de constater l'état réel du corps médical en France, personne n'a pu dire voilà ce qu'il est, tandis que tous nous aspirons vers des lois organiques différentes. Cependant toute réforme, pour être bonne, sensée, durable, suppose nécessairement la connaissance parfaite de ce qu'il faut réformer, sans quoi on s'expose à bâtir sur le sable et à porter une désorganisation plus grande dans les institutions que l'on voulait organiser.

C'est cette préoccupation qui a dirigé un de nos honorables confrères, M. le docteur Lucas Championnière, qui vient de publier un travail plein d'intérêt sur la statistique du personnel médical en France, fruit de longues et de patientes recherches, dont nous devons être très-reconnaissants. Nos lecteurs verront avec plaisir, sans doute, quelques résultats de ce travail important.

D'abord, il règne une erreur à peu près générale sur le chiffre réel des médecins en France. Nous l'avons entendu porter à 25,000, à 30,000 et même à 40,000. D'un autre côté, nous l'avons entendu réduire à 12,000 et même à 10,000. Exagération de toutes parts. Nos propres recherches nous ont depuis longtemps porté à croire que ce chiffre ne s'élevait pas à 20,000, opinion qui rencontrait beaucoup d'incrédules. Eh bien! le travail de M. Lucas Championnière, qui paraît basé sur des documents aussi positifs que possible, donne le chiffre total de 18,803 docteurs en médecine ou officiers de santé.

On est impatient de savoir dans quelle proportion respective se trouvent les docteurs en médecine et les officiers de santé. Le premier tableau de M. Lucas Championnière satisfait cette impatience :

Docteurs en médecine.	10,715
Officiers de santé.	8,088
Total.	18,803

Nous pensons que de ces chiffres ressort un premier résultat inattendu, et propre peut-être à modifier quelques idées sur la nécessité d'abolir le titre d'officier de santé, c'est la forte proportion des médecins qui exercent en vertu de ce titre, comparée à celle des docteurs. Pour notre compte, nous ne nous attendions pas à une proportion si élevée, et nous étions loin de croire que le nombre des docteurs et des officiers de santé fût presque égal.

En comparant la population médicale à la population générale de la France, on trouve la proportion de 1 médecin pour 1,810 habitants, ce qui serait magnifique si la proportion était partout la même et composée des mêmes éléments ; mais il s'en faut qu'il en soit ainsi. Des différences énormes sont signalées par M. Championnière dans la dissémination des médecins. Ces différences présentent pour limites extrêmes 1 médecin sur 662 habitants (Seine), et 5,274 (Morbihan); c'est-à-dire qu'il y a près de huit fois plus de médecins dans le département de la Seine que dans le Morbihan.

Du reste, cette dissémination est fort inégale et varie presque d'un département à l'autre. Tandis que dans quelques-uns la population médicale est fort pressée, elle est très-rare dans quelques autres, sans

qu'on puisse toujours trouver le motif de ces différences. En général, on peut dire cependant, quoiqu'il y ait de nombreuses exceptions, que le nombre des médecins est en rapport avec la richesse des départements, ce qui résulte d'un tableau dressé avec beaucoup de soin par M. Lucas Championnière.

Des tableaux de M. Championnière il résulte encore que, tandis que les docteurs en médecine fixent leur résidence dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement, les officiers de santé habitent les chefs-lieux de cantons, et surtout les communes et les hameaux.

Un autre résultat inattendu est celui-ci : cette statistique démontre que le nombre des médecins qui pratiquent leur art en France est aujourd'hui (eu égard à la population) exactement le même qu'en 1830, et qu'il n'a ni augmenté ni diminué depuis cette époque.

Cette statistique donne le chiffre total des réceptions dans l'espace de neuf années (de 1835 à 1843). Les Facultés et les jurys médicaux ont reçu 4,764 docteurs en médecine ou en chirurgie, et 2,616 officiers de santé.

Pressés aujourd'hui par l'espace, nous nous bornons à ces quelques résultats généraux, nous réservant, à l'occasion des discussions d'organisation qui pourraient s'élever, de puiser plus largement dans ce travail plein d'intérêt et d'utilité, dont néanmoins nous n'adopterons pas sans réserve et sans autre examen certaines conséquences.

Statistique des médecins de Paris. — Nous puisons dans l'Almanach général de médecine pour 1845, que vient de publier M. Domange, la statistique suivante sur le personnel médical de Paris.

Le chiffre des docteurs qui y sont établis au 1er janvier 1845 s'élève à 1430. Il était en 1843 de 1423, en 1841 de 1360, en 1839 de 1310, en 1836 de 1220, en 1833 de 1090.

Augmentation de 340; mais il y a point d'arrêt de 1843 à 1845.

Sur ce nombre de 1430, 1323 ont été reçus à la Faculté de Paris, 50 à la Faculté de Montpellier, 31 à celle de Strasbourg, et 26 dans des universités étrangères, et qui exercent la médecine en France en vertu d'ordonnances royales. 15 seulement ont été reçus docteurs en chirurgie, et 8 docteurs en médecine et en chirurgie; 10 se livrent exclusivement à l'art du dentiste, et 14 au traitement spécial des maladies des yeux; 16 se livrent à la médecine homœopathique, et 4 au magnétisme.

Sur les 1430 docteurs résidant à Paris, il y a 320 membres de la Légion-d'Honneur, dont 4 commandeurs, 50 officiers et 266 légionnaires.

52 docteurs n'exercent plus ; les uns à cause de leur âge et de leurs infirmités, d'autres parce qu'ils se livrent exclusivement aux sciences, d'autres enfin parce qu'ils ont embrassé des carrières complétement étrangères à la médecine.

De 1834 à 1840, la moyenne des décès parmi les docteurs de Paris a été de 10 par année; de 1840 à 1844, elle a été de 18 seulement.

—La question mise au concours pour 1845 par les *Annales médico-psychologiques* est ainsi conçue : « Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez les aliénés, et de la monomanie homicide; faire un exposé critique des principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites judiciaires; répondre à cette question : « La monomanie homicide est-elle, dans tous les cas, passible des peines légales? »

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 francs, sera décerné le 1er janvier 1846.

Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1845.

— Prix décerné par la rédaction des *Annales d'oculistique*.

La question proposée était celle-ci :

« Faire l'histoire de la cataracte capsulaire secondaire; décrire ses variétés, ses causes, et les meilleurs moyens pour la détruire. »

Les deux tiers du prix ont été décernés à M. le docteur Hégésippe Duval, à Argentan (Orne), et le dernier tiers à M. Auguste Duesing, médecin russe de la Livonie.

Aucune réponse n'étant parvenue aux deux questions suivantes, elles sont maintenues au concours :

1° Décrire la photophobie, son siége, ses causes, et le traitement qui lui est le plus convenable.

2° Exposer les services rendus à l'ophthalmologie par les médecins belges, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Les mémoires doivent être adressés *franco* à M. Florent Cunier, à Bruxelles, avant le 1er octobre 1845.

— On donne comme certaine la démission de M. Lallemand, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Montpellier.

— La mortalité par suite de la petite vérole, à Londres, a subi l'année dernière un accroissement considérable. En 1840, elle a été de 1,235; en 1841, de 1,053; en 1842, de 360; en 1843, de 435. Dans le premier trimestre de 1844 seulement, elle s'est élevée à 252.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DES TONIQUES ET DES EXCITANTS DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROPISIE.

S'il est une maladie sur laquelle les recherches des modernes aient jeté de vives lumières, c'est sans contredit l'hydropisie. Avant que les investigations cadavériques eussent appris à reconnaître les altérations variées que les solides subissent souvent dans cette affection, on avait bien saisi le rapport qui existe dans quelques cas entre certaines de ces altérations, qui se manifestaient par un certain nombre de phénomènes positifs, et la production de l'hydropisie; mais c'était là une vue fort vague, et qui d'ailleurs contrastait trop évidemment avec la manière de concevoir en général la maladie, pour qu'elle pénétrât bien avant dans les esprits, et servît de fondement à une doctrine plus rationnelle jusqu'à ce que l'anatomie pathologique fît toucher du doigt les lésions organiques à la suite desquelles on voit naître un certain nombre d'épanchements séreux, comme le résultat forcé du trouble survenu dans le mécanisme physiologique. L'hydropisie fut donc à peu près universellement considérée comme une maladie essentielle, susceptible de revêtir diverses formes, mais au fond conservant toujours la même nature.

Grâce aux documents importants fournis par l'anatomie morbide, l'hydropisie, quel que soit le siége qu'elle affecte, ne peut être regardée que comme un symptôme, la maladie proprement dite est ailleurs. Dès qu'on eut constaté qu'un obstacle apporté à la circulation dans un point quelconque de l'appareil circulatoire avait pour résultat de déterminer un épanchement de sérosité plus ou moins étendu suivant le siége même où cet obstacle résidait, on fut sur la voie qui devait conduire à reconnaître une des causes les plus fréquentes de l'hydropisie, c'est à savoir les maladies organiques du cœur. L'expérience de Lower, liant sur un chien la veine cave inférieure, et produisant une ascite, était décisive; il était évident, comme l'auteur le comprit immédiatement d'ailleurs, que l'obstacle mécanique apporté par cette ligature au cours du sang était la cause du phénomène remarquable qu'on avait sous les yeux. Il a suffi d'abstraire en quelque sorte cette influence, et de demander aux faits la confirmation de cette conception théorique,

pour qu'une des vues les plus neuves de la pathologie moderne fût rigoureusement établie.

Toutefois on alla trop loin dans cette généralisation, et les faits, plus sévèrement observés, ne tardèrent point à démontrer que toutes les hydropisies (nous ne parlons pas ici, bien entendu, de celles qui se lient à une inflammation aiguë ou chronique des membranes séreuses dans la cavité desquelles elles s'accomplissent), ne pouvaient être rattachées à un obstacle ayant son siége dans un point de l'appareil circulatoire. C'est alors que divers observateurs constatèrent, dans un certain nombre de cas d'hydropisie générale, une altération particulière des reins, altération que quelques-uns conçurent comme une lésion *sui generis ;* que d'autres considérèrent comme étant de nature phlegmasique. Tout le monde connaît parmi nous les beaux travaux de MM. Rayer et Martin Solon sur ce point intéressant de pathologie : nous ne les rappelons ici que pour marquer l'ordre que suivit dans son développement la question de la localisation des hydropisies, étudiée d'une manière générale.

Maintenant, quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la nature de la lésion subie par le rein dans la maladie de Bright, il est bien évident que cette lésion ne saurait rendre compte de la production de l'hydropisie qu'elle entraîne presque constamment, à la manière d'un rétrécissement des ouvertures du cœur, ou de l'oblitération d'un des gros vaisseaux de l'appareil veineux ; on ne peut se rendre compte de l'hydropisie par cette lésion qu'en supposant que la modification survenue dans la texture du rein rend possible le passage de l'albumine du sang à travers le tissu de l'organe altéré. La véritable cause de l'hydropisie dans de telles conditions n'est donc pas, à proprement parler, la lésion de l'organe, à propos de laquelle seulement on la voit survenir ; cette cause réside essentiellement dans le changement qui s'est opéré dans les proportions des éléments organiques du sang, changement tel, que l'albumine, que ce liquide contient à l'état normal, a notablement diminué de quantité.

Nous insistons sur cette explication, parce qu'à la façon dont on comprend parfois les choses, il pourrait arriver que cette distinction ne fût pas toujours nettement saisie.

Telle est donc l'origine organique d'un très-grand nombre d'hydropisies, et lorsque l'une de ces origines est rigoureusement constatée, il est bien clair que la thérapeutique ne peut, sans s'exposer à faire fausse route, ne pas en tenir compte dans l'institution des moyens par lesquels elle se propose de combattre la maladie ; mais tous les cas d'hydropisie tiennent-ils dans le cercle de cette dichotomie nouvelle ? Nous

osons répondre hardiment que l'expérience thérapeutique, dont la compétence ne saurait être contestée en pareille matière, autorise à répondre négativement à cette question.

Voici d'abord ce que démontre péremptoirement cette expérience. Dans les cas mêmes où une observation attentive et suffisamment éclairée permet d'établir qu'un obstacle à la libre circulation du sang dans l'organe central de la circulation, ou une lésion matérielle des reins, est le point de départ réel d'une hydropisie, il arrive souvent qu'un état général, une diathèse peut s'ajouter consécutivement à cette maladie, lui imprimer une physionomie particulière, et devenir aussi l'origine d'indications qui dominent la thérapeutique. Dans les maladies organiques du cœur même, où un obstacle considérable à la circulation du sang exerce une si décisive influence sur les épanchements séreux qu'on observe, il n'est point rare de rencontrer des cas où la faiblesse des malades devient telle, qu'il faut avant tout parer à cette faiblesse, et recourir avec modération à l'usage de quelques toniques. Nous sommes même convaincu d'une chose sur ce point, c'est que l'abus des saignées en pareille circonstance est bien près de l'usage de ce moyen qui n'est véritablement utile que quand il est renfermé dans certaines limites. Deux fois nous avons eu occasion d'observer des individus atteints d'une maladie caractérisée anatomiquemeet par la présence d'un obstacle à la circulation à l'un des orifices du cœur, tomber rapidement dans l'hydropisie, après une saignée du bras, qui avait notablement déprimé les forces. M. Cruveilhier, qui a fait des remarques fort suivies sur cette question de thérapeutique, dit que dans ces cas, loin de tirer du sang, il faut relever les forces et venir en aide au cœur, dont l'énergie ne peut suffire à le débarrasser du sang qui le surcharge. Pour nous, nous pensons que l'indication des toniques peut sortir dans ces cas, non-seulement de la cause que ce professeur signale, mais encore de l'état général de l'organisme, qui n'étant point suffisamment stimulé par un sang mal élaboré, ne réagit qu'incomplétement contre l'ensemble des conditions complexes que réalise une affection aussi grave.

Il en est de même encore dans les hydropisies qui se lient à l'état granuleux des reins. Quand la maladie a duré un certain temps, et que le sang s'est dépouillé d'une quantité un peu notable de l'albumine qu'il contient dans certaines proportions à l'état normal, elle perd sa simplicité primitive; le sang, par le fait de la double déperdition qu'il a subie, crée dans l'organisme une disposition générale qui fonde des indications auxquelles une thérapeutique judicieuse doit obéir.

Mais il y a plus, une expérience positive enseigne qu'il existe un cer-

tain nombre d'hydropisies qu'on chercherait vainement à caractériser par une localisation quelconque ; l'observation la plus attentive ne parvient à faire découvrir dans la trame des tissus aucune lésion qu'on puisse considérer comme point de départ des accidents, et la thérapeutique vient par les enseignements spéciaux confirmer la légitimité de cette induction négative. Comment expliquer en pareilles circonstances la production de l'hydropisie ? Le mécanisme qui suffit dans les cas précédents pour rendre un compte satisfaisant de l'extravasion séreuse, en en faisant un simple phénomène d'exosmose, devient ici évidemment impuissant.

Supposera-t-on que quelque organe dépurateur du sang fonctionnant mal, à la manière du rein dans la maladie de Bright, porte atteinte à la constitution normale du sang, et prépare ainsi ce liquide à laisser transsuder plus facilement sa partie la plus fluide à travers les pores des vaisseaux capillaires? Mais c'est là une hypothèse qui n'a aucune valeur, puisqu'aucun fait ne l'a encore vérifiée. Supposera-t-on que ces hydropisies se forment parce que, sous l'influence de causes inappréciées, la constitution du sang s'est primitivement altérée? Mais alors il faudra supposer également que cette modification consiste essentiellement dans une diminution de la quantité d'albumine que le sang contient à l'état normal ; car, d'une part, nous savons positivement que ce mode d'altération a pour résultat singulier de produire l'hydropisie dans la maladie de Bright, et, de l'autre, nous savons également qu'une perturbation plus grave, ce semble, survenue dans la proportion des autres éléments du liquide sanguin, n'entraîne pas cette conséquence : ainsi la chlorose, l'anémie, la phthisie pulmonaire, etc., dans lesquelles on voit la fibrine diminuer d'une manière si remarquable, n'aboutissent pas à l'hydropisie.

Dans cette ignorance forcée de la science sur les conditions matérielles auxquelles se lie un certain nombre d'hydropisies, il est une source d'enseignements précieux à laquelle on néglige trop souvent de remonter, c'est l'étude des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les individus chez lesquels on observe cette maladie. Non que nous prétendions qu'on doive substituer ce mode d'investigation à celui qui a pour but de déterminer l'état de l'organe central de la circulation, du foie, ou des reins, etc., chez les sujets hydropiques, nous croyons que rien ne peut dispenser l'observateur de cette étude ; mais quand cette étude est faite, et lors surtout qu'elle a conduit à des résultats négatifs, il est extrêmement important de scruter avec une sérieuse attention les antécédents des malades, de s'informer des conditions hygiéniques générales auxquelles ils sont soumis, etc. ; car de

là peuvent sortir des indications capitales pour la thérapeutique.

Voici un fait qui nous a paru assez intéressant pour être rapporté ici, et qui vient à l'appui des idées pratiques que nous venons d'exprimer.

Le nommé Lebobe, taillandier, âgé de trente-six ans, tombe dans la plus profonde tristesse à la suite d'un érysipèle phlegmoneux du bras, qui a eu pour résultat d'empêcher un peu les mouvements de ce membre, mais qu'il craignait de perdre complétement. Cette crainte, jointe à la misère dans laquelle tomba cet homme par suite de cet accident, porta une atteinte profonde à sa constitution. A mesure que celle-ci se détériora davantage l'hydropisie se manifesta. La face d'abord s'œdématia, les membres inférieurs s'infiltrèrent, enfin une certaine quantité de sérosité s'épancha dans la cavité péritonéale. L'ordre dans lequel ces accidents se développèrent nous fit penser tout d'abord à une maladie des reins : bien qu'aucune douleur ne se fût manifestée du côté de la région rénale, nous n'en examinâmes pas moins les urines ; mais celles-ci, traitées par l'acide nitrique et la chaleur réunies, ne présentèrent aucune trace d'albumine. Quant à l'organe central de la circulation, nous ne saisîmes aucune modification, soit dans l'intensité de ses battements, soit dans le mode de ses bruits normaux. Nous rappelant quelques faits rapportés par J. Frank, et qui montrent l'influence de la tristesse, comme cause débilitante dans la production des hydropisies, frappé d'ailleurs de toutes les autres causes d'affaiblissement qui sévissaient depuis longtemps sur ce malheureux, nous lui conseillâmes l'usage des toniques, le fer et le quinquina. Une remarquable amélioration ne tarda point à suivre l'emploi de ces moyens. Le malade n'avait point pris cent pilules de Blaud, une quantité indéterminée d'eau ferrée et de décoction de quinquina, que l'hydropisie avait complétement disparu.

A peu près dans le même temps, un autre malade, dont la maladie nous est restée inconnue dans ses premiers accidents, était depuis plusieurs mois soumis à un traitement débilitant ; un autre médecin, M. le docteur Jone, est appelé à lui donner ses soins ; il le soumit immédiatement à un régime fortifiant et à un traitement dont les martiaux forment la base ; une amélioration rapide se manifeste, et bientôt le malade est tiré d'une situation qui inspirait les plus grandes craintes à une famille alarmée.

Dans le premier des deux cas que nous venons de rappeler, aucune localisation morbide ne peut nous rendre compte de l'hydropisie qui s'est produite sous nos yeux; force nous a été de la considérer comme le résultat d'une diathèse générale, dont l'hydropisie était l'expression, tout comme la décoloration de la peau, l'affaissement des veines sous-

cutanées, la faiblesse du pouls. L'influence rapide qu'a exercée sur la constitution du malade en même temps que sur sa maladie le régime auquel il a été soumis, montre évidemment d'ailleurs la relation intime qui existait entre la profonde débilitation de l'économie et la suffusion séreuse qui en était la dernière manifestation. Mais en est-il de même du second cas? Ici nous ne trouvons plus les influences débilitantes que nous avons reconnues dans le premier; comme d'un autre côté les urines ne paraissent point avoir été examinées, il est possible, il est probable même, si l'on veut, que la maladie à son début était une néphrite aiguë.

Nous avons entendu, il y a quelque temps, M. Rayer faire à ce sujet une remarque fort sensée : de ce que le régime antiphlogistique, disait-il, convient aux inflammations aiguës, il ne s'ensuit nullement qu'il convienne aux inflammations chroniques. S'il est une chose dont nous soyons profondément convaincu en médecine pratique, c'est qu'en général on n'est point assez pénétré de la vérité de ce principe. Mais il ne suffit point d'émettre ce principe, il faudrait en faire de judicieuses applications aux faits. Il est évident que la difficulté pratique consiste à saisir le moment où l'inflammation appelle une médication directement contraire à celle qui lui était applicable à son début; ce moment, cette époque de transition, varient en effet suivant la vitalité de l'organe, suivant les stimulants avec lesquels le jeu normal de la vie le met en contact, suivant que les modificateurs de l'état morbide lui arrivent directement, ou seulement par l'intermédiaire de la circulation générale. Si, pour en revenir à notre point de départ, la néphrite chronique s'accommode mieux et plutôt de moyens plus ou moins excitants, cela tient certainement, entre autres causes, à ce que ces moyens n'arrivent au tissu de l'organe qu'il s'agit de ramener à l'état normal, qu'à un certain degré de dilution, pour nous servir d'un des termes de l'homœopathie.

C'est du reste maintenant une pratique banale depuis les travaux de M. Rayer, que celle qui consiste à opposer une médication plus ou moins excitante à la seconde période de la néphrite albumineuse. Naguère encore, nous avons observé, dans les salles de ce même médecin, une fille qui fut rapidement guérie par M. Chomel d'une néphrite albumineuse, à l'aide de la teinture de cantharides, mais qui, retombée quelque temps après, vint demander les secours de M. Rayer, qui la traita exclusivement par les toniques. Nous avons observé deux faits analogues dans les salles de M. le professeur Andral : dans l'un de ces cas, le malade guérit; dans le second, il y eut une rechute, dont nous n'avons pas su le résultat définitif.

Quand on compare les faits de cet ordre à ceux dont nous nous sommes occupé d'abord, et qu'on met surtout en parallèle les méthodes de traitement qui réussissent également dans l'un ou l'autre cas, on est naturellement porté à se demander si ce n'est point en modifiant la constitution dans l'ensemble de ses conditions physiologiques, plutôt qu'en agissant spécifiquement sur l'organe sécréteur de l'urine, que ces méthodes font disparaître l'hydropisie. Mais comme nous ne serions point en mesure de résoudre cette question envisagée de ce point de vue, nous nous contenterons de la poser, et nous nous hâterons de terminer ce travail.

Outre les conditions générales que nous avons précédemment rappelées et sous l'influence desquelles on voit se développer l'hydropisie, sans qu'il soit possible de rattacher celle-ci à aucune localisation morbide, il en est une autre que les auteurs ont également signalée, et qu'il est important en pratique de ne jamais perdre de vue; cette condition, c'est celle que crée l'abus des liqueurs alcooliques.

M. Littré, qui a fait un article très-substantiel sur l'hydropisie, dans le *Répertoire des sciences médicales*, signale cette cause; mais il l'assimile, dans son action sur l'organisme, aux causes purement débilitantes. Nous croyons qu'il en est quelquefois ainsi, mais nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi toujours. Quoi qu'il en soit à cet égard, il ne faut point oublier, quand on observe l'hydropisie chez un individu adonné depuis longues années à l'usage des liqueurs fermentées, que cette maladie peut survenir à la suite de toute affection aiguë qui a obligé de suspendre violemment un régime auquel l'organisme est habitué, et qu'à moins de contre-indications formelles, un des moyens les plus sûrs de mettre fin à cette hydropisie, c'est de ramener progressivement le malade à ses habitudes.

Nous venons d'observer un fait de ce genre, qui est trop intéressant pour que nous ne le rapportions pas ici.

Le nommé Ducontour, âgé de soixante-dix ans environ, ancien militaire, et adonné depuis longtemps à l'ivrognerie, est pris à la fin de l'été dernier d'une dyssenterie intense, qui m'oblige à le faire renoncer brusquement à ses habitudes intempérantes. Force lui est bien de se soumettre; au bout de trois semaines environ d'un régime sévère, de quelques préparations opiacées, l'inflammation intestinale cesse, et le malade se rétablit. Dans la crainte que son retour trop brusque à ses habitudes bachiques ne ramenât la dyssenterie, son séjour à l'hôpital est prolongé. Mais bientôt, sans qu'aucun antécédent eût pu le faire prévoir, la face s'œdématie, les membres inférieurs s'infiltrent d'une manière prodigieuse, la cavité péritonéale elle-même se remplit de sérosité.

Les urines examinées n'offrent d'ailleurs aucun dépôt d'albumine. J'essaye cependant le raifort; je n'en obtiens aucun effet. L'hydropisie va tous les jours en augmentant. Pensant que la suspension des liqueurs fermentées chez un pareil homme pouvait être la cause de ces accidents, je le remis à l'usage de ses stimulants habituels, le *pabulum vitæ* du vieux grognard. Mes prévisions ne tardèrent point à être confirmées : à mesure que Ducontour usa de ce dont il avait si longtemps abusé, l'hydropisie diminua; en huit ou dix jours au plus, elle est complétement disparue. Il se porte aujourd'hui à merveille, mais se moque avec plus de verve que jamais des hydropotes, et se plaît à me répéter que les méchants seuls sont buveurs d'eau.

Faut-il, en présence de faits de ce genre, accepter cette singulière remarque de P. Frank : l'hydropisie déterminée par des excitants qui ont épuisé les forces demande des excitants encore plus énergiques, les substances spiritueuses, volatiles, sans négliger les autres remèdes? (1) »

Ceci est évidemment trop Brownien; mais admirez la puissance des faits; ils se produisent à travers les théories les plus exagérées.

S.

DU TRAITEMENT DIT ARABIQUE, CONTRE LA SYPHILIS,

Par le docteur PAYAN, d'Aix.

Il est un traitement antisyphilitique, spécial sous certains rapports, qui paraît n'avoir été usité que dans quelques contrées du Midi, que nous avons pourtant cherché à faire connaître dès 1839, dans un article inséré dans le numéro de mars de la *Revue médicale*, que le journal de médecine de Bordeaux a reproduit l'an dernier, en publiant notre mémoire couronné sur les *remèdes antisyphilitiques*; et que quelques autres organes de la presse médicale ont également indiqué en nous prêtant quelquefois des formules inexactes et toutes différentes de celles que nous avions fournies nous-même. Je veux parler du traitement dit *arabique*, auquel la plupart des praticiens de nos contrées ont dû parfois des succès très-remarquables et vainement demandés à d'autres médications, alors surtout que les propriétés éminemment antisyphilitiques de l'iodure de potassium leur étaient encore inconnues. Comme, malgré même la ressource puissante des préparations iodurées, l'indication peut quelquefois exister de s'adresser au traitement arabique; comme, d'après un article sur cette matière, inséré par M. le

(1) *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 105.

docteur Jaumes dans la dernière livraison du *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, il conste que MM. les professeurs de l'antique Faculté du Midi n'ont pas craint d'en expérimenter l'efficacité devant leurs élèves, nous croyons utile de lui consacrer quelques lignes dans le *Bulletin de thérapeutique*, qui, jusqu'à ce jour, s'est abstenu d'en entretenir ses nombreux lecteurs.

Et d'abord, qu'entend-on par cet énoncé : traitement arabique? Il ne sera pas oiseux d'entrer ici dans quelques explications à ce sujet, parce que ce serait vainement, peut-être, qu'on en chercherait la description dans les nombreux formulaires, ou même dans les traités relatifs à la syphilis, qu'a, jusqu'à ce jour, enfantés la presse médicale, quoiqu'à notre avis pourtant il eût bien mérité d'être mentionné. — Le nom d'*arabique*, qui a été conservé à ce traitement, porterait à penser qu'il aurait été en vogue chez les médecins arabes, ou que du moins quelqu'un d'entre eux l'aurait introduit dans le traitement de la syphilis. S'il faut même en croire une ancienne tradition conservée à Marseille dans de vieux manuscrits, cette méthode curative aurait été d'abord communiquée à l'hôpital de cette ville par un apothicaire espagnol, il y a près de cent cinquante ans; c'est depuis cette époque que, dans cet hôpital et dans les localités environnantes, on en aurait fait un fréquent usage. — Des pilules, un opiat, une tisane sudorifique et un régime particulier connu sous le nom de *diète sèche*, constituent ce traitement.

Voici, au reste, les formules de ces divers objets :

1° *Formule des pilules arabiques.*

℞ Mercure coulant pur...........		ãã 30 grammes.
Deuto-chlorure de mercure.......		
Pyrèthre pulvérisé.............		ãã 60 grammes.
Agaric	id................	
Séné	id................	
Miel........................		q. s.

Mode de préparation. Les substances végétales ayant été préalablement réduites en poudre, on divise exactement le mercure naturel avec le deuto-chlorure de mercure jusqu'à ce que les globules métalliques aient complétement disparu. Ensuite, avec l'addition du miel, on fait du tout une masse pilulaire, et avec celle-ci des pilules de vingt ou trente centigrammes; on en fait prendre deux par jour. — Si l'on voulait faire une masse pilulaire moindre, on comprend que ce serait facile en diminuant à égales proportions chacun des ingrédients, soit, par

exemple, la formule suivante : mercure coulant pur, deuto-chlorure de mercure, de chaque deux grammes ; pyrèthre, agaric, séné pulvérisés, de chaque quatre grammes; miel, q. s. — M. S. A. faites, pour l'usage, des pilules de vingt à trente centigrammes. La dose de vingt centigrammes suffit ordinairement.

Nous pouvons affirmer que cette formule, quoique différente pour les proportions de celle que vient de donner l'honorable M. Jaumes, est la *véritable* formule des pilules arabiques.

2° *Formule de l'opiat arabique.*

Salsepareille pulvérisée.........	150 grammes.
Squine id.............	90 grammes.
Coquilles de noisettes torréfiées et pulvérisées...............	15 grammes.
Girofle pulvérisé.............	4 grammes.
Miel.......................	q. s.

Mêlez pour faire, selon l'art, un opiat dont la dose est de quinze grammes, matin et soir.

3° *Formule de la tisane sudorifique.*

Salsepareille.................	60 grammes.
Squine......................	30 grammes.
Eau	6 litres (ou 12 liv. poids ancien.)

On laisse bouillir à petit feu jusqu'à réduction d'un tiers. Dose : deux litres ou plus par jour.

Administration des remèdes. — Les malades avalent, le matin à jeun, une pilule arabique et par-dessus un verre de la tisane sudorifique. Une heure plus tard, une dose de quinze grammes de l'opiat est prise, accompagnée d'un second verre de la tisane. Le soir, les malades prennent, de la même manière que dans la matinée, une autre pilule, une autre dose d'opiat et deux autres verres de la tisane. Le restant de la boisson sudorifique est bu dans le courant de la journée, pendant les repas ou après.

Régime. — Le régime offre certaines particularités, et c'est bien à propos qu'on le désigne sous le nom de *diète sèche*. Il exige en effet, une proscription des aliments les plus usuels, et ne doit consister qu'en galettes ou gâteaux de farine de froment durcis au feu, raisins secs, figues sèches, amandes torréfiées. Exclusion par conséquent des soupes,

ragoûts, fruits d'été, etc. On regarde généralement ce régime alimentaire comme un accompagnement indispensable de l'usage des remèdes dans les syphilis invétérées. Quelquefois, pourtant, on peut laisser prendre de temps en temps, deux fois la semaine par exemple, de la viande rôtie ou sur le gril. L'unique boisson, durant le traitement, consiste dans l'usage de la tisane sudorifique indiquée.

Il semble au premier abord qu'il y ait lieu de redouter, dans les pilules arabiques, l'action du sublimé corrosif, dont la dose paraît forte. Mais on a depuis longtemps fait remarquer avec raison que les objections qu'on pouvait faire *à priori* sur la violence et les effets toxiques de cette médication tombent devant l'expérience, car jamais des effets délétères n'ont été provoqués par ce traitement, assertion qui ne pourrait pas être soutenue à l'encontre de certaines autres préparations accréditées de deuto-chlorure de mercure. Certains chimistes ont même cru remarquer et regardent même comme démontré que, par suite du mélange intime du mercure coulant avec le sublimé corrosif, celui-ci est décomposé, et qu'après cette opération il n'existe plus de sublimé, mais bien un composé mercuriel nouveau, jouissant par excellence de la propriété antisyphilitique.

Quoique la diète sèche qui accompagne le traitement constitue un régime bizarre, il est cependant vrai que les malades s'en accommodent facilement dans le commencement. Leur appétit même est d'abord remarquable; plus tard, il diminue, et vers la fin, ils attendent avec impatience que la monotonie de cette alimentation cesse pour eux. Il est rare pourtant qu'ils ne prennent pas patience jusqu'à la fin de leur traitement. — La durée de celui-ci varie de trente à cinquante jours. Une quarantaine est ordinairement suffisante.

Le ptyalisme se déclare généralement sur la fin du traitement. L'usage des pilules arabiques, qui, comme nous l'avons dit, contiennent du mercure, explique l'apparition de cet épiphénomène qu'il devient d'ailleurs facile d'empêcher de dépasser les limites voulues, en suspendant momentanément les pilules ou en n'en administrant qu'une pendant quelques jours.

Certains malades ne peuvent pas supporter ce mode de traitement, savoir ceux dont l'estomac est dérangé notablement, ou qui sont dans un commencement de consomption par suite de quelque phlegmasie organique interne indépendante de la syphilis. Nous croyons, à ce sujet, que l'on peut établir en règle générale que toute personne qui serait à même de supporter l'usage de la liqueur de Van-Swiéten, pourrait généralement suivre le traitement arabique.

Quoique le traitement arabique eût incontestablement pu être appli-

qué contre les accidents primitifs et secondaires de la syphilis, on comprend qu'il aurait été généralement peu commode et même inopportun de le prescrire contre cux, puisque pour ces époques de la maladie la thérapeutique possède des moyens plus simples et bien suffisamment efficaces. C'était plutôt contre les accidents graves et invétérés de l'époque tertiaire, contre les ulcérations rongeantes du voile du palais ou de ses piliers, de la cloison des fosses nasales, etc., contre les plaies chroniques entretenues par la diathèse syphilitique, contre les caries des os du ncz et autres dues à la même cause, contre les nodus, les tumeurs gourmeuses, les syphilides rebelles, etc., alors surtout que ces fâcheux symptômes avaient résisté aux traitements ordinaires prescrits avec intelligence et suivis avec soin, que l'on s'adressait au traitement arabique comme à la méthode la plus sûre et la plus efficace, et fréquemment on avait lieu de s'étonner des conséquences heureuses de son emploi. Cette médication constituait réellement une précieuse ressource pour bien des cas qui avaient déjoué les autres secours de l'art, dans les temps encore si peu éloignés de nous où l'on n'avait pas la connaissance de la remarquable puissance curative de l'iodure de potassium dans les cas précisément où les préparations ordinaires du mercure se montraient trop souvent inefficaces. Citons même quelques observations propres à démontrer les bons effets de ce mode de traitement.

Obs. I. *Ulcère rongeant du nez, longtemps réputé cancéreux et rapidement guéri par le traitement arabique.* — La femme N...., âgée de cinquante-deux ans, était entrée à plusieurs reprises à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter d'une ulcération qui s'était fixée à la racine du nez, et qui, après avoir rongé en ce point la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et avoir carié et perforé les os nasaux, avait formé par conséquent un passage jusque dans les fosses nasales; la maladie ulcéreuse s'étendait aussi dans la profondeur des cavités nasales, car la voix et la parole étaient très-altérées, très-nasillardes. Je ne sais quelles médications avaient été tentées sur elle, mais ce que je n'ignore point, c'est qu'on était accoutumé à considérer sa plaie comme cancéreuse, et comme étant incurable par la difficulté et l'impossibilité d'atteindre avec l'instrument tranchant ou les caustiques le mal dans toute son étendue. La malade était reléguée dans la classe des incurables.

Cette femme, qui depuis un certain temps avait été habiter la ville, s'étant présentée chez nous vers le milieu du mois de juin 1838 pour savoir si nous ne pourrions pas opposer une barrière aux progrès de son mal, nous nous mîmes à explorer cette plaie avec le plus grand soin, et nous interrogeâmes, en outre, très-attentivement la malade sur son passé pour tâcher de découvrir si son ulcère ne proviendrait pas de quelque cause syphilitique ancienne.

Nous apprîmes alors que l'affection ulcéreuse du nez avait plus de deux années d'existence; qu'elle avait commencé sous la forme d'un petit abcès qui s'était ouvert vers la racine du nez; que la plaie une fois établie avait affecté une marche lentement rongeante, etc. Continuant ensuite nos

investigations, nous apprîmes que la malade avait eu dans le temps une conduite qui n'avait pas été des plus régulières, qu'elle avait même gardé assez longtemps une vaginite blennorrhagique gagnée par un commerce illicite, etc.

Cet aveu, que probablement elle n'avait pas encore fait, nous fit espérer une guérison prochaine, en pensant que nous devions considérer cette grave solution de continuité comme symptomatique d'une infection vénérienne constitutionnelle, et que le moyen d'en arrêter la marche serait de s'adresser, sans plus de retard, à un traitement spécial, approprié au cas en question. Nous engageâmes en conséquence la malade à entrer de nouveau à l'hôpital, ce à quoi elle consentit volontiers, quand nous eûmes fait espérer guérison.

Or, ce fut au traitement arabique que nous soumîmes cette femme; nous le préférâmes à tout autre parce que l'expérience nous avait appris que nous avions plus à en attendre que de tout autre dans des cas pareils. La femme le suivit sans discontinuer pendant vingt-huit jours, nous dûmes alors le suspendre à cause de la salivation qui se déclara. Déjà, au reste, l'amélioration était sensible et même remarquable. Nous reconnaissions avec satisfaction que nous avions trouvé le véritable moyen curatif et découvert également la véritable cause du mal. Les pilules avaient été de 25 centigrammes chaque.

Le 2 août, dix-huit jours après, la malade fut remise encore au traitement arabique en ne donnant cette fois que des pilules de 15 ou 20 centigrammes, afin d'éviter une nouvelle irruption de ptyalisme. Cette fois le traitement fut encore continué pendant une vingtaine de jours.

La malade n'eut qu'à se féliciter de sa constance à suivre le traitement. Les bons effets qu'il produisait se faisaient en quelque sorte remarquer de jour en jour. Bientôt la suppuration de l'ulcère nasal se tarit; l'odeur désagréable qui s'en exhalait s'arrêta; la cicatrisation de ses bords s'opéra régulièrement; et lorsque le traitement fut suspendu, le 13 septembre, on ne remarquait plus de suppuration. A la place de l'ulcère, on voyait seulement un trou à bords cicatrisés, assez étroit, que cette femme avait la précaution de recouvrir avec un morceau de taffetas d'Angleterre. Près de six années se sont écoulées, et la guérison s'est jusqu'à ce jour maintenue. Disons aussi qu'à mesure que le traitement se complétait, la voix tendait à reprendre ses qualités normales. — Voilà donc un cas de syphilis tertiaire bien guéri par le traitement arabique.

Obs. II. *Affection syphilitique gutturale et laryngée, rebelle à plusieurs traitements, complètement guérie par le traitement arabique.* — Jacques M..., voiturier, âgé de vingt-cinq ans, lymphatique, avait été atteint, deux années auparavant, de chancres qu'il avait probablement traités d'une manière peu régulière. Entré à l'hôpital d'Aix dès le commencement d'octobre 1835, il déclara souffrir beaucoup du gosier et il avait la voix altérée et très-rauque. L'examen de l'arrière-bouche permit de remarquer plusieurs ulcérations situées à la partie postérieure du pharynx: la luette était presque toute rongée, et ce qui en restait était, de même que les piliers du voile du palais, ulcéré et d'une consistance comme cartilagineuse. Nul doute pour nous que ce ne fussent là les indices d'une syphilis constitutionnelle. Il lui fut prescrit un premier traitement par la liqueur de Van-Swiéten et la tisane de salsepareille, lequel dut être suspendu après trente-huit jours d'usage

par suite d'une irritation gastrique qui lui succéda et qui à son tour nécessita l'emploi d'un régime adoucissant et en partie laiteux. Comme cependant les symptômes gutturaux n'avaient pas été sensiblement amendés, il fut prescrit quelques applications de sangsues au-devant du cou, de même que des cataplasmes émollients ainsi qu'un vésicatoire à la nuque; quelques bains émollients furent encore pris.

Au commencement de janvier 1836, l'état du malade paraissant toujours le même, on le soumit à un traitement sur la langue chaque matin, et une pilule de 3 milligrammes d'oxyde d'or pour chaque soir ; un peu plus tard, il eut à augmenter d'une pilule. Ce traitement fut suivi avec persévérance jusqu'au commencement de mars et procura une amélioration réelle, ce qui engagea, bien que la guérison fût incomplète, le malade à quitter l'hôpital.

Mais peu de temps après qu'il eut repris ses occupations habituelles, ses douleurs gutturales reparurent et il se trouva bientôt aussi mal qu'avant son traitement par l'or. Rentré par suite de cet état à l'hôpital, il fut cette fois soumis au traitement arabique dont on avait cru jusqu'alors pouvoir se passer. Il le commença le 5 avril et le continua avec persévérance et sans interruption jusqu'au quarante-quatrième jour, époque où il fut suspendu parce qu'il était survenu du ptyalisme; il n'était plus d'ailleurs nécessaire de le continuer plus longtemps, car la cure de cette maladie jusque-là si rebelle était obtenue. En effet, ayant examiné avec soin le malade quelques jours après, nous reconnûmes que le voile du palais, ses piliers et le pharynx, n'avaient plus d'ulcères; que leurs tissus avaient perdu cette consistance cartilaginiforme qu'ils avaient eue jusqu'au dernier traitement. La voix avait aussi repris son timbre ordinaire et sa sonorité naturelle. J'ai occasion de voir assez fréquemment l'homme qui a été l'objet de cette observation, il n'a plus ressenti depuis cette époque le plus léger indice de cette vieille syphilis.

Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter qu'indépendamment des deux traitements administrés au malade avant celui qui amena la guérison, d'autres médications empiriques avaient été employées, entre autres le purgatif de Leroy, qui avait été pris pendant une vingtaine de jours sans aucun avantage. L'énergique révulsion d'une atteinte de choléra en 1835, ne fut pas plus efficace. Il fut moins heureux sous ce rapport que certains autres malades, qui durent à l'invasion de cette terrible maladie des guérisons inespérées. Il nous souvient à cette occasion d'un militaire atteint d'un catarrhe vésical chronique des plus rebelles, qui, ayant été affecté d'un violent choléra, dut la guérison complète de son catarrhe à ce nouvel état morbide.

Obs. III. *Syphilis caractérisée par les symptômes les plus hideux et les plus variés, traitée et guérie par le traitement arabique.* — Antoine P..., âgé de trente-sept ans, lymphatique, profession de berger, entre à l'hôpital d'Aix vers le milieu de mai 1836, dans l'état le plus déplorable. C'est un spectacle vivant de ce que la syphilis offre de plus hideux. Des ulcères plus ou moins étendus et très-nombreux sont dispersés sur les diverses parties de son corps. Toute l'aile gauche du nez a été rongée et détruite : des ulcérations existent encore dans les narines, d'où s'exhale une odeur repoussante. En examinant l'intérieur de la bouche, on voit des plaies chancreuses sur les piliers du voile du palais et sur les autres parties apparentes de l'arrière-gorge; d'autres ulcérations recouvrent le pénis et un écoulement gonorrhéique épais s'échappe du méat urinaire. Tous ces symptômes, au lieu de s'amender, malgré l'usage de pilules mercurielles qui lui

avaient été administrées avant de venir à l'hôpital, semblaient s'accroître de jour en jour et l'avaient déjà plongé dans une grande faiblesse; c'est à peine s'il pouvait encore se soutenir sur ses jambes.

Prescription : bain général, lotions des plaies avec l'eau chlorurée ou le vin aromatique, applications locales de plumasseaux de cérat sur les ulcérations externes, tisane de salsepareille, alimentation douce et restaurante; aucune préparation mercurielle ne fut en ce moment ordonnée, à cause d'une salivation hydrargireuse encore persistante.

Enfin, le 25 mai, prescription du traitement arabique, savoir, d'une pilule matin et soir de 20 centigrammes, du rob, de la diète sèche et de la tisane sudorifique. Ce traitement fut continué pendant quarante et un jours.

Il était facile d'apprécier l'amélioration successive qui en était la conséquence. On voyait peu à peu les plaies se rétrécir, la sanie qu'elles exhalaient diminuer de quantité, des bourgeons charnus vermeils se développer sur les ulcères blafards naguère, etc. Enfin, quand le traitement fut supprimé, presque toutes les plaies étaient cicatrisées. Si quelques-unes étaient encore ouvertes, elles étaient très-notablement rétrécies, et à leur aspect on pouvait reconnaître qu'elles marchaient à grands pas vers une cicatrisation complète.

Le malade resta à l'hôpital pendant environ deux mois après la cessation de tout traitement. Pendant ce temps, il fut soumis à un régime nutritif et restaurant, répara peu à peu ses forces que la syphilis avait épuisées, et quand il nous quitta, il ne nous restait plus de tous les symptômes qu'il avait présentés, qu'un peu d'ozène, pour lequel le renflement d'eau chlorurée lui fut conseillé.

Nous avons vu, en 1835, à Paris, à l'hôpital des Vénériens, un malade qui présentait réellement le pendant de celui dont nous venons de tracer l'histoire. M. Ricord lui faisait prendre le proto-iodure de mercure et faisait appliquer des plumasseaux imbibés de vin aromatique sur les nombreuses solutions de continuité, ce qui n'empêchait pas ce malheureux de s'acheminer lentement vers la tombe. Persuadé que, dans un cas aussi grave, le traitement arabique aurait pu être très-utilement appliqué, nous nous permîmes de demander à l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi s'il ne lui arrivait pas de le prescrire dans des cas pareils. Mais il paraissait ne le connaître encore que de nom, et nous ignorons s'il y aura soumis son malade. Toujours est-il qu'il existait une très-grande analogie sous le rapport des symptômes entre le malade qui fut traité à Aix et qui guérit, et celui que nous avions vu dans les salles de M. Ricord, et que celui-ci n'espérait pas sauver.

Je sais bien que, grâce à l'efficacité héroïque de l'iodure de potassium contre les accidents les plus graves et les plus invétérés de la syphilis constitutionnelle, il y aura dorénavant assez rarement lieu d'ordonner le traitement arabique, et pour mon compte je puis déclarer que je n'ai pas eu besoin de le prescrire depuis plusieurs années, le sel ioduré y ayant très-bien suppléé. On concevrait pourtant que, dans quelques cas réfractaires à l'emploi de ce médicament, il peut y avoir,

encore indication parfois de recourir à cette médication un peu excentrique qu'on n'a pas fait de difficulté d'employer à l'hôpital de Montpellier, ainsi que nous l'avons fait observer précédemment, et qui est encore de temps en temps usitée à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Plusieurs observations, en effet, relatives à des cas de vieilles syphilis combattues par le traitement arabique, ont été, dans ces derniers temps, mentionnées par la *Clinique* de Marseille. Pour preuve de cette assertion, il peut me suffire de citer sommairement deux faits assez intéressants, mentionnés dans le numéro de décembre 1843 de ce journal. — Le premier est relatif à une fille âgée de trente ans, qui s'était présentée à l'hôpital de Marseille, atteinte d'une large ulcération syphilitique, située à la figure, d'un très-laid aspect ; c'était, en un mot, une espèce de lupus, symptomatique d'une ancienne infection syphilitique. Le chirurgien traitant prescrivit : deux pilules arabiques de vingt centigrammes chaque, deux litres de tisane sudorifique, la diète sèche (deux galettes par jour, fruits secs, noix, pruneaux, amandes et raisins secs, *ad usum*), localement des plumasseaux de cérat morphiné. — Or, la malade sortit complétement guérie après cinquante-un jours de séjour à l'hôpital, et quarante-trois jours de *diète sèche* ou de traitement arabique. — Le second fait se rapporte à une fille publique qui, à la suite d'un bubon suppuré, eut, au lieu d'une cicatrisation qu'on semblait en droit d'attendre d'un traitement méthodique, une plaie qui s'étendit d'une manière effrayante, et que ne pouvaient arrêter ni les cautérisations avec le nitrate de mercure, ni les topiques usités en pareils cas. La grande lèvre du côté gauche, la partie inférieure du ventre et le quart supérieur de la cuisse étaient compris dans cette vaste et profonde ulcération. La malade, en proie aux plus horribles souffrances, fut mise à la diète sèche. Au bout de vingt jours, une amélioration sensible se manifesta, des bourgeons charnus recouvraient le fond de la plaie, la suppuration devint meilleure. On suspendit le traitement au bout d'un mois, à cause du mauvais état de la bouche, ce qui n'empêcha pas la plaie de marcher vers la cicatrisation. Or, celle-ci fut complète après qu'on eut soumis de nouveau la malade à dix jours de régime sec. — Il résulte encore de ce fait que le traitement arabique produisit, dans ce cas, une guérison remarquable, lorsqu'un autre traitement antisyphilitique avait été impuissant pour s'opposer aux progrès d'une plaie qui, attaquée par les seuls moyens ordinaires, aurait été probablement mortelle. N'est-on pas dès lors en droit de conclure que ce mode de traitement, qui a rendu des services éminents dans nos contrées, et auquel on ne croit pas encore devoir renoncer entièrement, ce semble, mérite d'être connu de la généralité

des praticiens, quoique pourtant l'on soit obligé de convenir que les indications de son emploi, depuis surtout les heureuses applications de l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires de la syphilis, doivent se présenter bien plus rarement que par le passé ?

PAYAN, D. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES MALADIES ORGANIQUES DES ARTICULATIONS (1).

Si l'on examine les moyens généralement employés dans les hôpitaux contre les maladies articulaires, l'on est frappé de leur pénurie et de leur insuffisance. Pour ne parler d'abord que du traitement local, il semble que tout ait été fait, lorsqu'au repos dans le lit on a joint quelques applications extérieures en frictions, en cataplasmes ou en emplâtres, qu'on a placé des vésicatoires, administré des douches, et qu'après avoir constaté l'insuffisance de ces moyens, l'on a eu recours à une cautérisation plus ou moins énergique.

Les principes de traitement que j'ai exposés et soutenus diffèrent essentiellement de ceux qui dirigent ordinairement les praticiens, et qui sont vantés dans les traités classiques. J'ai été conduit à reconnaître que ce que l'on regarde généralement comme le repos des articulations, savoir le séjour permanent dans le lit, n'est, dans l'immense majorité des cas, que la permanence dans une situation vicieuse, telle que la synoviale et les ligaments sont distendus sur l'un des côtés de l'articulation, que les surfaces osseuses sont comprimées de l'autre, et qu'un effort permanent tend à altérer les rapports naturels des os.

Cette appréciation des effets produits par les positions que choisissent les malades a été suivie dans le genou, dans la hanche, dans le pied, et en général dans toutes les articulations. Partout l'observation a démontré la justesse des principes que de premiers aperçus m'avaient conduit à établir ; j'ai pu trouver des indications thérapeutiques que l'expérience démontre d'une haute importance, soit pour combattre les inflammations aiguës qu'entretiennent les distensions de la synoviale et des ligaments, soit pour prévenir des luxations spontanées qu'il était impossible d'arrêter dans leur marche incessamment croissante, tant

(1) Cet article fera partie de l'introduction d'un ouvrage que M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Lyon, va publier à la librairie de J.-B. Baillière, sur les maladies des articulations.

que l'on ignorait les causes mécaniques qui déterminent tout à la fois leur production et le sens dans lequel elles s'accomplissent.

Mais il ne suffisait pas de poser les règles qui doivent guider dans le traitement mécanique, il fallait donner les moyens d'appliquer ces principes, ou, en d'autres termes, décrire des appareils qui permissent de ramener les membres d'une mauvaise à une bonne position, et, suivant le besoin, de les assujettir dans cette dernière.

L'art possède des appareils nombreux pour le redressement des genoux, des pieds, du coude, etc. Je ne me suis pas contenté d'en faire une histoire aussi complète que possible; éclairé par l'expérience sur les effets qu'ils produisent, j'ai pu en apprécier la valeur ou en montrer les imperfections. Pour suppléer à l'insuffisance de quelques-uns d'entre eux, j'ai fait construire des machines qui sans doute pourront rendre quelques services dans les cas où celles que l'on connaît viendraient à échouer. Je signalerai surtout les gouttières munies d'accessoires convenables, qui sont destinés à exercer des tractions continues sur le genou ou sur la hanche déformés. Dans ces appareils, le tourniquet qui sert à opérer les tractions faisant partie de la gouttière solide qui embrasse les membres, et dont l'extrémité supérieure retient le bassin, les membres ne peuvent échapper à l'action qui est exercée sur eux, et, si la puissance d'extension est augmentée, celle qui opère la contre-extension s'accroît toujours proportionnellement; les choses sont combinées de manière à rendre ces deux actions solidaires en quelque sorte l'une de l'autre.

Quant aux moyens d'assurer l'immobilité dans une bonne position, l'expérience comme le raisonnement m'ont conduit à préférer des gouttières à tout autre système d'appareils. J'ai profité de celles qu'avaient fait construire les auteurs qui m'ont précédé. Cependant, aucune de celles qui ont été publiées ne réunissant l'ensemble des conditions qu'exige le traitement des maladies articulaires, et l'art manquant de gouttières qui pussent s'appliquer aux jointures qui avoisinent le tronc, comme la hanche et l'épaule, ou à celles du tronc lui-même, j'ai été conduit à perfectionner ou à créer un système complet d'appareils qui pût assurer l'immobilité sans exercer de compression, et qui pût s'appliquer à quelque articulation que ce soit.

Je ferai seulement remarquer ici que les gouttières destinées aux pieds et aux genoux sont préférables à celles de M. Mayor, parce qu'elles se moulent plus exactement sur les formes du membre, et qu'elles sont munies de trépieds qui les empêchent de se renverser en dedans ou en dehors ; modification peu importante en apparence, et sans laquelle cependant l'immobilité que l'on se propose d'obtenir ne saurait être

stable. La gouttière pour le poignet, seule entre toutes celles qui ont été proposées, assure l'immobilité dans une position moyenne entre la pronation et la supination ; celle du coude fixe le membre supérieur au tronc et prévient tout ébranlement douloureux dans l'articulation malade; la gouttière destinée à la colonne vertébrale remplit avec une parfaite simplicité les indications auxquelles on n'avait satisfait que par des moyens compliqués ; mais de tous ces appareils il n'en est pas qui me paraisse devoir plus attirer l'attention et qui soit appelé à rendre plus de services, que celui qui est destiné à immobiliser la hanche. Les gouttières qui le composent embrassent le bassin et les deux membres inférieurs et tendent à ramener ceux-ci à une bonne direction. A l'aide d'une moufle, le malade qui y est placé peut se soulever et satisfaire à toutes les exigences de la propreté, sans qu'aucun mouvement se passe dans l'articulation elle-même.

L'ensemble de ces recherches sur le traitement mécanique des maladies articulaires offre une coordination que l'on saisit au premier coup d'œil : tout s'enchaîne des principes aux conséquences ; la théorie des positions guide dans la détermination des indications mécaniques à remplir. Certains appareils aident à éloigner les membres des positions défavorables où ils se sont placés, et d'autres appareils spéciaux les immobilisent dans ces bonnes positions. Et qu'on ne croie pas que des perfectionnements dans le traitement mécanique soient d'une importance secondaire ; il suffit de voir ce grand nombre d'estropiés que l'on rencontre chaque jour, guéris de maladies plus ou moins graves du genou, du pied ou de la hanche, et dont les articulations se sont enraidies dans des flexions vicieuses, ou avec des luxations incomplètes : leur marche sera toujours difficile et leurs difformités irremédiables. Cependant ils avaient en eux toutes les conditions nécessaires à la guérison, ou du moins ils avaient été placés dans des conditions propres à la produire. Si, dès le début du mal, leurs membres eussent été placés dans des conditions mécaniques convenables, ils auraient également guéri, mais ils ne seraient point estropiés. Sans doute aussi le nombre des guérisons dont nous parlons serait bien plus considérable, car des causes physiques et locales qui aggravent l'état des malades n'agissant plus sur eux, des inflammations persistantes se seraient arrêtées dans leur cours, et des déplacements consécutifs ne se seraient point opérés.

Si l'immobilité est indispensable dans des inflammations aiguës, si elle est utile dans les cas rares où l'on est obligé de chercher l'ankylose, elle est nuisible sitôt qu'elle est trop prolongée, et, loin de favoriser la guérison des maladies qui l'avaient réclamée à une époque, elle

ne fait que les entretenir et les aggraver. Cette opinion sur les dangers de l'immobilité trop prolongée des articulations, et sur la nécessité de substituer, comme règle générale, dans les maladies chroniques des jointures, le mouvement au repos, tend à s'établir de plus en plus dans la science.

M. Lugol, le premier, dans ces dernières années, s'est élevé contre l'opinion généralement répandue d'assujettir au repos des tumeurs blanches scrofuleuses. Deux de ses élèves, MM. Voisin et Barthez, ont cité les faits les plus concluants en faveur de la pratique de leur maître. Depuis longtemps M. Gensoul, de Lyon, avait été également conduit par son expérience à reconnaître la nécessité du mouvement dans les affections chroniques des jointures; mais ces préceptes restaient sans démonstration rigoureuse et scientifique jusqu'à l'époque où notre ami, M. Teissier, démontra par des autopsies nombreuses d'articulations auparavant saines, et condamnées au repos pour des traitements de fracture, quelles graves lésions déterminait l'immobilité prolongée dans les synoviales et dans les cartilages. Depuis la publication du Mémoire de M. Teissier, M. Malgaigne a cité des faits pratiques qui démontrent quels succès l'on peut obtenir des mouvements artificiels imprimés aux articulations affectées de tumeurs blanches, et que pendant une certaine période l'on avait été obligé de soumettre au repos.



Nous avons profité avec soin de cet ensemble de recherches; nous nous sommes appliqué à préciser l'indication des cas dans lesquels le mouvement doit être substitué au repos; nous avons ajouté de nouveaux faits à ceux qui sont répandus dans la science, démontré l'utilité des mouvements artificiels et spontanés dans le traitement de l'immense majorité des maladies articulaires qui passent à l'état chronique ou qui y sont arrêtées.

Cependant, comme les mouvements qu'on imprime à des jointures malades peuvent se passer dans des articulations voisines, et qu'il importe que le frottement se fasse directement entre les surfaces articulaires, nous avons cherché à perfectionner les moyens mécaniques par lesquels on assure la fixité du bassin, lorsque, dans les maladies de la hanche, on imprime des mouvements à la cuisse, ou la fixité de l'omoplate lorsqu'on meut le bras dans les scapulalgies.

Qu'on se le persuade bien, ce qu'il y a de plus spécial dans le traitement des maladies articulaires, c'est l'art de disposer convenablement de l'immobilité et des mouvements, de régler ainsi les conditions en quelque sorte hygiéniques dans lesquelles on place les organes souffrants. Dans les maladies de l'estomac, le premier soin doit être de

prescrire à propos la diète, les boissons, les aliments, de faire reposer l'organe ou de régler son activité, en un mot, d'en diriger l'hygiène; il en est de même pour les maladies articulaires. Quand on se rappelle quels principes vicieux règnent généralement dans la science sur toutes les questions relatives au mouvement ou au repos des jointures, de quels moyens insuffisants on a disposé jusqu'à présent pour remplir les indications que l'on avait en vue, dans quel degré d'importance secondaire on a laissé ce point capital de la thérapeutique, on cesse de s'étonner du peu de succès qu'on obtient en général dans le traitement de maladies, toujours très-rebelles par leur propre nature, et dont la tendance réfractaire ne tient pas moins, surtout à leur début, à l'insuffisance de l'art qu'à leur propre gravité.

Il y a un tel rapport entre les lésions physiques et les moyens de même ordre qui peuvent y remédier, que les unes étant données, on peut en conclure rigoureusement à l'emploi des autres; nous ne saisissons pas aussi bien les rapports des lésions vitales, des congestions sanguines, des douleurs, des sécrétions de diverse nature, avec les médications locales qui peuvent les modifier, telles que les applications d'huiles, de baumes, de cataplasmes et de vésicatoires, les douches, les agents de compression, moyens externes qui n'intéressent pas la continuité des tissus et qui font la base de la thérapeutique ordinaire. Comme pour ajouter à notre embarras, les mêmes moyens, suivant quelques nuances dans leur mode d'administration, produisent les effets les plus variés; ainsi, les douches de vapeur ou d'eau, médication si puissante et aussi indispensable que le sont l'immobilité ou les mouvements, peuvent être, suivant le choix des substances dissoutes, l'énergie plus ou moins grande de la percussion, la température des vapeurs ou des liquides, propres à diminuer ou à rendre plus actives les congestions inflammatoires, à augmenter ou à diminuer l'impressionnabilité au froid. Quoi qu'il en soit, nous avons fait tous nos efforts pour apprécier la valeur de ces médications externes, et nous avons insisté sur le parti si puissant et si négligé que l'on peut tirer d'un emploi habile du calorique et du froid, agents naturels qui, semblables au mouvement et au repos, doivent être mis à profit avant de recourir aux médicaments proprement dits. Nous avons exposé les travaux de M. Guyot, sur l'incubation artificielle des tumeurs blanches dans l'air chaud, et les études approfondies de notre respectable maître, M. Viricel, sur le traitement de certaines tuméfactions des jointures par les bains prolongés de sable ou de cendres chaudes. Cette dernière méthode, par la facilité de son emploi et par l'activité qu'elle imprime à la résolution des engorgements indolores, mérite de recevoir dans la pratique de nombreuses applications.

A côté des états morbides qui réclament l'emploi de la chaleur sèche, il en est qui exigent une médication toute différente ; telles sont ces arthrites chroniques autour desquelles les malades ressentent une impression continue de froid. Dans les parties qui avoisinent les articulations affectées, la transpiration ne s'établit qu'avec difficulté, la peau est pâle, et, sous l'influence d'excitants divers, elle rougit plus difficilement que celle qui recouvre les articulations saines. Préoccupés de la nécessité de faire disparaître ce sentiment de froid glacial, si pénible pour les malades et qui semble accroître toutes leurs souffrances, les médecins ont l'habitude d'entourer les articulations avec des corps mauvais conducteurs du calorique, tels que la flanelle, le coton, etc., et de retenir la transpiration par des enveloppes plus ou moins imperméables. Cependant des recherches modernes ont conduit à signaler, comme moyen de rétablir localement les fonctions cutanées, non plus les corps mauvais conducteurs du calorique ou de l'humidité, mais les agents qui, après avoir momentanément produit une réfrigération, déterminent une réaction active, durable et franchement vitale. En songeant combien sont erronées les idées de ceux qui, assimilant les corps vivants aux corps inertes, prétendent rappeler la chaleur dans les premiers par le contact de corps chauds, nous avons été conduits *à priori* à préférer les méthodes de ceux qui empruntent aux forces mêmes de la vie le rétablissement des fonctions normales. L'expérience nous a prouvé combien la méthode de ces derniers était plus efficace, avec quelle sûreté elle remplissait l'ensemble des indications, en ranimant tout à la fois la calorification languissante, la force de résistance au froid, et en activant la circulation capillaire et la transpiration.

Il est des cas malheureusement trop nombreux dans lesquels la régularisation du mouvement et du repos, ou des applications extérieures, est insuffisante pour procurer la guérison. Ce sont ceux où des lésions matérielles, plus ou moins graves, réclament des médications directes. On ne peut plus se borner alors à agir simplement sur la peau ; il est nécessaire d'intéresser la continuité des tissus, et diverses opérations peuvent devenir indispensables.

Écrivant à une époque où des opérations nouvelles ont été inventées, où la valeur de celles qui étaient connues a été plus rigoureusement appréciée, nous avons dû nous demander et rechercher avec soin quel pouvait être le rôle de la médecine opératoire dans le traitement des lésions matérielles des articulations.

On le devine sans peine, en se rappelant les principes qui tendent de plus en plus à prédominer dans la médecine opératoire, nous n'avons pas été conduit à étendre le champ des opérations dans lesquelles

on pratique, comme dans les ouvertures d'abcès ou dans les résections, des solutions de continuité, des incisions avec l'instrument tranchant. S'il est des parties du corps où cet ordre d'opérations entraîne de funestes conséquences, ce sont surtout les articulations; aussi nous sommes-nous plus appliqué à en rétrécir qu'à en élargir le cercle. En ce qui regarde l'ouverture des abcès, des études chimiques sur les altérations du pus et sur le transport dans la circulation des produits de sa décomposition putride, nous ont permis d'apporter de nouvelles preuves scientifiques à l'appui des faits qui avaient conduit, depuis si longtemps, tous les praticiens attentifs à proscrire les ouvertures étendues des collections de liquide renfermées dans les synoviales ou de celles qui communiquent avec les articulations. Nous avons pu reconnaître qu'à la suite de ces opérations imprudentes, il se formait du sulfhydrate d'ammoniaque dans le pus qui a été soumis au contact de l'air, et nous avons retrouvé ce sulfhydrate jusque dans les urines, qui paraissent l'une des voies importantes par lesquelles se fait son élimination. Nous avons trouvé également à l'autopsie des malades une supersécrétion bilieuse, et ces recherches, en nous éclairant sur la nature intime des altérations qui suivent l'ouverture étendue des abcès articulaires, nous ont permis de réfuter l'idée encore trop généralement répandue aujourd'hui sur la nature inflammatoire de ces accidents, et sur la valeur que l'on prétend assigner aux antiphlogistiques dans les traitements destinés à les combattre.

Une médication plus efficace et plus rationnelle a été la conséquence d'une notion plus approfondie de la nature du mal. En ce qui regarde les résections, nous avons cherché également à en montrer l'abus, et nous avons pu prouver par des faits pratiques qu'il est des cas heureux où, à la suite d'abcès chauds des articulations, la lame superficielle des extrémités articulaires se nécrose, se détache, et où il suffit d'ouvrir les jointures et d'extraire, avec des pinces, des parties nécrosées sans recourir à la dissection des extrémités osseuses et sans employer la scie, comme on le fait dans les résections pratiquées suivant les procédés connus.

Cependant, si nous avons cherché à circonscrire, autant que possible, les opérations avec l'instrument tranchant, nous avons multiplié, dans les limites toutefois que traçait la prudence, les applications de la méthode sous-cutanée, les injections irritantes et la cautérisation.

L'idée de rechercher jusqu'à quel point la méthode sous-cutanée peut ajouter à la thérapeutique des maladies articulaires devait se présenter naturellement, à une époque où l'innocuité de cette méthode est mise chaque jour en évidence par des essais nombreux, et où les

principes qui doivent diriger dans son application ont été formulés avec tant de généralité par M. J. Guérin. Sans parler de la section des tendons, dont l'histoire ne rentre point dans notre sujet, et qui peut aider, quoique incomplétement, à la guérison des difformités suites de maladies articulaires, nous avons à signaler les travaux si remarquables, quoique trop peu imités, de M. Goyrand d'Aix. C'est à lui que l'on doit le traitement des hydarthroses par la méthode sous-cutanée, traitement ingénieux, qui n'expose à aucune suite fâcheuse et auquel probablement l'on ne peut reprocher que l'insuffisance de ses effets. C'est au même auteur que l'on doit l'extraction des corps étrangers, suivant la même méthode; son procédé, qui consiste à faire glisser le fibro-cartilage que contenait l'articulation dans le tissu cellulaire où il séjourne quelque temps, et à ne l'extraire que quand l'ouverture de la synoviale doit être cicatrisée, est sans doute une application aussi nouvelle qu'utile des principes généraux qui règlent les opérations sous-cutanées.

Je regrette de ne pas avoir eu des occasions plus nombreuses de vérifier par l'expérience la valeur de ces divers procédés, mais j'ai eu soin de tenir compte de tout ce qui a été fait dans cette direction et de constater quels étaient, sous ce rapport, les progrès de la médecine opératoire.

Nous avons plus ajouté par nos travaux à la question des injections irritantes à travers une étroite piqûre dans les cavités articulaires. Ces injections se rapprochent des opérations sous-cutanées, en ce sens qu'elles ne supposent qu'une étroite perforation des ligaments, et qu'elles n'entraînent aucune suppuration à leur suite. Application nouvelle des méthodes usitées dans le traitement des hydrocèles, elles méritent de fixer au plus haut degré l'attention de ceux qui s'intéressent aux progrès de la pathologie articulaire. Sans doute, ces injections sont loin de procurer dans les hydarthroses des résultat aussi complets et aussi constants que dans les hydrocèles; leur insuffisance dans un grand nombre de cas est prouvée par les faits dus à M. Velpeau et par ceux que j'ai recueillis moi-même, mais elles n'ont jamais aggravé l'état des malades, et souvent elles ont procuré des guérisons complètes et remarquables.

Dans les abcès articulaires ces injections irritantes trouvent aussi, dans des cas déterminés, d'heureuses applications; elles donnent une marche aiguë à des affections qui ne tendent qu'avec une extrême lenteur à une terminaison quelconque.

Si l'expérience comme le raisonnement conduisent chaque jour à étendre les applications de la méthode sous-cutanée ou des injections

irritantes dans les cavitées closes, elles ne conduisent pas à attacher moins de valeur à la cautérisation. Dans un autre travail, nous avons cherché à démontrer la différence profonde qui sépare les solutions de continuité produites par la cautérisation des solutions de continuité par l'instrument tranchant. Tandis que ces dernières exposent à des érysipèles qui de la plaie se propagent rapidement aux parties environnantes, à des phlébites qui peuvent gagner le tronc, à des résorptions putrides ou purulentes, en un mot, à des lésions qui de la partie blessée s'étendent aux parties saines, la cautérisation n'expose ni aux érysipèles ambulants, ni aux phlébites qui se propagent au tronc, ni à la résorption putride, ni à la résorption purulente. Elles enflamment sans doute toutes les parties qui entourent les tissus détruits, mais cette inflammation reste locale et ne se propage point le long des veines ni des canaux médullaires, etc. Bien plus, lorsqu'une plaie par l'instrument tranchant a produit les accidents qui lui sont propres, la cautérisation, pratiquée convenablement et à temps, peut arrêter ces accidents et substituer une altération locale à l'altération qui menaçait l'organisme tout entier.

Ces lois générales reposent sur des faits vraiment innombrables; en les formulant, je crois avoir fait pour la méthode cautérisante, si je puis m'exprimer ainsi, ce que d'autres ont fait pour la méthode sous-cutanée. On avait trouvé quels sont les caractères spéciaux des plaies faites au-dessous de la peau, à travers une piqûre étroite, j'ai fait le même travail pour celles qui dépendent de l'action des caustiques.

On conçoit qu'après avoir reconnu par les essais les plus nombreux quelles ressources puissantes la cautérisation fournit à la thérapeutique, après avoir formulé en lois générales les caractères de cette méthode, nous avons dû rechercher jusqu'à quel point elle pouvait s'appliquer utilement à la guérison de certaines lésions articulaires. Malheureusement, la nature osseuse d'une partie des parois articulaires, les anfractuosités et la profondeur de leur cavité, ne permettent pas d'en détruire toute la surface par la cautérisation. Et, si celle-ci se borne à produire une perte de substance dans une étendue bornée et à pratiquer une ouverture béante, elle perd ce caractère d'immunité qui ne lui est propre qu'autant qu'elle détruit toutes les parties qu'elle met à découvert. J'ai pu cependant faire des applications utiles de la cautérisation au traitement des abcès qui avoisinent les articulations et, dans certains cas, aux trajets fistuleux qui en partent; j'ai surtout vu des cas remarquables de ces applications dans les abcès de la hanche.

Tout ce que je viens de dire sur la cautérisation s'applique à celle qui agit directement sur les parties malades, en un mot, à la cautérisation inhérente. La cautérisation qui se borne à la peau saine et qui agit

comme dérivative est loin d'avoir la même puissance ; on sait cependant qu'elle constitue l'une des méthodes les plus efficaces dans la thérapeutique articulaire. En nous appliquant à démontrer tout le parti qu'on en peut tirer, nous avons prouvé, par des expériences précises, à quel point la cautérisation par le feu différait de celle qui est due à l'emploi des caustiques.

La chaleur, produite dans le premier cas, pénètre jusque dans la profondeur des articulations, elle agit directement sur leurs parois elles-mêmes, et, comme nous l'avons prouvé, son effet est d'autant plus puissant que les procédés mis en usage favorisent davantage la pénétration du calorique.

Quelle que soit l'attention que l'on doive accorder aux traitements locaux dans les maladies articulaires, l'on ne doit pas moins se préoccuper des agents qui modifient l'ensemble des fonctions, et qui ont pour but de détruire les affections générales dont les lésions locales sont la conséquence. Nous avons pris ces moyens généraux dans la plus sérieuse considération ; nous avons cherché à les faire connaître avec soin, en insistant toutefois sur ceux auxquels l'expérience assigne la plus grande valeur. Nous avons été conduit à préconiser spécialement les médications générales qui agissent sur l'économie par les voies les plus multipliées ; telles sont les eaux minérales qui, prises en boisson, en bains et en douches administrées sous forme de vapeurs ou de liquides, modifient si puissamment la constitution tout entière ; tel est aussi le traitement hydro-thérapeutique, évitant tout à la fois, dans l'examen de cette question, de nous laisser entraîner par l'enthousiasme exagéré des uns, et arrêter par l'opposition irréfléchie des autres.

Les faits que nous avons cités prouveront que les bains froids précédés de sueurs, et employés suivant les procédés hydro-thérapeutiques, sont puissants par eux-mêmes et indépendamment des conditions hygiéniques au milieu desquelles on les emploie. Nous en avons obtenu des résultats remarquables dans l'Hôpital même et dans la pratique particulière, sans avoir eu besoin de changer l'air que respiraient les malades, et sans les placer dans cette vie nouvelle qu'adoptent ceux que réunissent les établissements hydro-thérapeutiques. Ce n'est point que nous ne jugions d'une haute importance ces modifications dans les conditions hygiéniques, nous voulons seulement dire que la méthode est assez puissante par elle-même pour réussir quelquefois sans ces accessoires utiles. Quoi qu'il en soit, elle avait besoin d'être jugée par des hommes désintéressés ; il fallait déterminer les cas qui l'admettent et ceux qui la repoussent, les constitutions qui en rendent l'emploi plus efficace et celles qui pourraient en ressentir quelque

atteinte : c'est ce que nous avons tâché de faire, en nous éclairant des matériaux rassemblés sur la question et des faits que nous avons observés nous-même.

BONNET.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA LITHOTRITIE CHEZ LES ENFANTS.

Dès que la lithotritie parut, les commissaires de l'Institut, en 1824, firent pressentir qu'elle serait difficilement applicable aux enfants. Cependant je parvins bientôt à opérer des sujets très-jeunes, même en bas âge, et dans des conditions défavorables. C'est spécialement sous ce point de vue que les données de l'expérience ont dépassé les prévisions de la théorie.

Parmi les obstacles réels ou supposés, celui qui frappa le plus les esprits fut la disproportion qu'on croyait remarquer entre le volume des instruments et le diamètre normal de l'urètre. Disons d'abord que, sous l'influence de la préoccupation, on s'était exagéré le volume de mes instruments, et qu'on avait négligé de chercher quel était au juste le calibre du canal urinaire. J'ai vu une foule de chirurgiens éclairés et consciencieux me soutenir avec un sérieux remarquable qu'un instrument de trois lignes de diamètre (volume ordinaire de ceux dont je me sers) ne pourrait pas pénétrer dans l'urètre de la plupart des hommes. A ceux qui soutenaient une pareille assertion, il me fut facile de démontrer combien était grande leur erreur, car je n'avais qu'à mettre à côté de mes instruments les sondes dont chaque jour on faisait usage pour ramener à son état normal l'urètre devenu le siége de rétrécissements ; on voyait de suite que ces sondes étaient plus grosses, et l'objection tombait d'elle-même. Ceci, pour le dire en passant, prouve combien les notions précisées par des chiffres peuvent bouleverser ceux qui ont l'habitude de se contenter d'aperçus approximatifs. D'ailleurs, en opérant chaque jour des malades dont l'urètre n'avait point été dilaté, je démontrai péremptoirement que mes instruments arrivaient dans la vessie avec facilité.

On finit donc par reconnaître que, dans l'état normal, chez l'adulte et le vieillard, il était facile de faire pénétrer l'instrument lithotriteur dans la vessie. Mais restaient les enfants et les rétrécissements urétraux. Pour ces derniers cas, il ne fallait pas une forte dose de logique pour comprendre que la pierre et la coarctation constituaient deux maladies distinctes, et qu'on devait guérir la seconde avant de songer à attaquer

la première. C'est effectivement ce que j'ai l'habitude de faire comme je l'ai démontré ailleurs. Il n'est cependant pas inutile de rappeler ici que, dans certaines circonstances spéciales, j'ai opéré des adultes et des vieillards dont les parois de l'urètre avaient tellement perdu l'élasticité et la souplesse, qu'il fallait se servir des instruments en usage pour les enfants.

A l'égard de ces derniers, qui ont généralement de petites pierres, j'ai pour eux des instruments dont le diamètre ne dépasse pas celui d'une sonde ordinaire. Ces petits instruments avaient paru faibles à quelques personnes; mais les craintes disparurent lorsqu'on vit des enfants, même très-jeunes, être opérés avec succès par la nouvelle méthode. En 1827, je fis une opération de ce genre sur un enfant de sept ans très-peu développé, et qui portait une grosse pierre. Elle eut lieu à l'hospice de Perfectionnement, et fut couronnée d'un plein succès. Depuis, j'ai lithotritié des enfants de moins de deux ans. Il demeura donc bien constant que les enfants ne devaient pas être privés des bienfaits de la lithotritie, ainsi qu'on l'avait pensé d'abord. Des faits pris en dehors de ma pratique vinrent bientôt confirmer les déductions que j'avais tirées des miens. MM. Ségalas, Leroy, Guersant, etc., en France; Smith en Amérique; Pellini, Pagello, Capelletti, Ribeiri, en Italie, ont soumis des enfants à la lithotritie, et ont obtenu comme moi les plus heureux résultats.

Mais on a procédé ici comme pour tout ce qui concerne la nouvelle méthode. C'est d'inspiration qu'on a tracé les préceptes, qu'on a fixé les limites; aussi les opinions les plus disparates ont-elles été émises.

Après avoir nié la possibilité d'appliquer la nouvelle méthode aux enfants, on se jeta dans l'extrême opposé, notamment MM. Ségalas et Leroy, dont les assertions ont été reproduites par d'autres chirurgiens, surtout à l'étranger. Ce qu'il y a de certain, c'est que la lithotritie est applicable aux enfants ; mais, d'un autre côté, on ne saurait contester que, dans le jeune âge, elle présente des difficultés et exige des soins particuliers. Ce n'est donc pas sans surprise qu'on a entendu M. Ségalas dire à l'Académie (1) que quand l'instrument peut être introduit, l'opération réussit d'autant mieux que l'enfant est plus jeune. Cette assertion est si contraire à ce qu'apprend l'expérience, qu'on ne peut la considérer comme ayant bien rendu la pensée de l'auteur.

On n'a pas été plus fondé lorsque, dans un sens diamétralement opposé, on a invoqué de prétendues particularités anatomiques, soit de la vessie, soit de l'urètre, dans le bas âge, comme devant mettre obstacle à l'application de la lithotritie. Ainsi, une plus grande courbure de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1840, page 502.

l'urètre et une position plus élevée du sommet de la vessie ne se sont jamais opposées à l'emploi de la lithotritie chez les enfants, ainsi que l'ont soutenu quelques personnes.

Le manque de docilité des enfants a fixé l'attention de quelques observateurs. Il est même devenu une source d'accidents à l'hôpital des Enfants (1). On a cru y remédier en attachant le petit malade. C'est ce qu'a fait entre autres le docteur Pagello, de Bellune. Il est bien vrai que les mouvements désordonnés des enfants gênent parfois la manœuvre, et qu'on est même obligé de les faire contenir par des aides; mais je ne pense pas qu'il soit utile de recourir à des liens ou à tout autre moyen passif de contrainte; ces auxiliaires réussissent d'autant moins, qu'en effrayant et fatigant le malade, ils le font pleurer, sangloter; or, les mouvements du diaphragme et des parois abdominales, qui ne sont pas alors maîtrisés, nuisent beaucoup. La marche qui m'a paru le mieux réussir, même dans les cas où l'indocilité et l'irritabilité de l'enfant paraissent devoir s'opposer à l'emploi de la nouvelle méthode, consiste à placer à ses côtés deux aides intelligents, chargés d'écarter au besoin ses jambes, et d'empêcher qu'elles ne viennent gêner la manœuvre: un troisième aide se trouve près de la table, dans la crainte que l'enfant ne veuille se mettre sur son séant, ce qu'il faut soigneusement prévenir. Du reste, je laisse le malade libre, sans faire réprimer les mouvements peu étendus, soit des membres, soit du bassin, alors même qu'ils deviennent gênants. De cette manière je suis parvenu à obtenir que l'enfant pleurât peu ou point, et qu'il ne se livrât pas à ces mouvements violents et étendus contre lesquels les moyens coërcitifs ne servent presque à rien. M. Pellini a réussi en procédant de même, malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouvait son malade, âgé de huit ans (2). Chez la petite fille d'un médecin du Midi, que M. Lallemand n'avait pu opérer, et qui éprouvait des frayeurs telles qu'on ne pouvait plus lui parler d'opération sans provoquer des mouvements convulsifs, j'ai réussi en la laissant pleurer et s'agiter avec violence avant de commencer l'opération; dès qu'elle était fatiguée, son père et un aide parvenaient à la contenir. Ce qu'il y avait de plus difficile, c'était d'empêcher certains mouvements latéraux du bassin qui étaient fort énergiques. Ce cas est le seul où la douceur, les encouragements et les précautions opératoires aient été sans influence. A la vérité l'enfant avait beaucoup souffert aux premières tentatives: on n'avait pas fait rentrer la pince dans la gaîne, et l'instrument avait été retiré ouvert de la vessie.

(1) *Gazette médicale*, tome II, page 441. — (2) *Gazette des hôpitaux*, 1841, page 484.

En général donc, c'est moins au moment de l'opération qu'après, que se manifestent les particularités propres à écarter l'application de la lithotritie chez les enfants ; car l'urètre est assez large, et l'on possède des instruments assez déliés pour opérer dans tous les cas. Restent donc les mouvements désordonnés : qu'on parvienne à les maîtriser, ils n'en sont pas moins gênants. C'est là un fait incontestable, et l'on comprend que pour ce seul motif divers chirurgiens, à l'exemple de M. Roux, n'aient pas voulu pratiquer la lithotritie chez les enfants (1). Quant au plus de courbure de l'urètre et à l'élévation plus forte de la vessie, elles n'ont aucune portée, le chirurgien pouvant aisément modifier la manœuvre suivant les particularités anatomiques qu'il rencontre. Mais il y a deux circonstances dont on doit tenir compte. La première se rattache au volume et à la dureté de la pierre ; ne pouvant employer qu'un petit instrument, il faudra de nombreuses séances pour peu que le calcul soit gros et dur : le traitement sera donc plus long. C'est là un inconvénient réel, et d'autant plus grave que la manœuvre elle-même est plus difficile et douloureuse. En second lieu, on sait que le col vésical est très-dilatable chez les enfants : je l'ai démontré depuis longtemps. Après le morcellement de la pierre, le col laisse passer des fragments trop volumineux pour traverser l'urètre, où ils s'arrêtent. C'est là l'inconvénient le plus sérieux : on doit regretter qu'il n'ait pas paru suffisant à quelques chirurgiens pour les détourner d'entreprendre des opérations dont l'issue n'a point été heureuse.

On a beaucoup parlé dans la presse périodique de l'influence qu'avaient exercée sur cette partie de la lithotritie les travaux de MM. Ségalas et Leroy. Mais on est tombé dans l'exagération (2). Ni sous le rapport de l'appareil instrumental, ni sous celui du procédé opératoire, ces travaux n'ont rien ajouté à ce qu'on savait, et ils ont laissé subsister dans leur entier les inconvénients qu'on avait reconnus à la lithotritie. Ces chirurgiens ont fait, ainsi que d'autres, des applications de la nouvelle méthode à des enfants ; comme tous ceux aussi qui ont tenté le même moyen, ils ont eu des succès et des revers. Le seul avantage réel des faits publiés par eux a été de contribuer à la propagation d'une vérité qu'on avait d'abord contestée ; mais ils ont eu l'inconvénient de mettre en relief des procédés sans valeur et d'exagérer les avantages de la nouvelle méthode dans les premiers temps de la vie.

Chez les enfants, aussi bien que chez l'adulte et le vieillard, on trouve l'urètre et le col vésical plus ou moins irritables ; la vessie est

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1843, page 386.—(2) *Gazette médicale*, tome VI, page 792, 15 décembre 1838.

tantôt spacieuse, tantôt racornie ; elle possède une force expulsive plus ou moins grande. Par conséquent, il faut procéder diversement selon les cas.

Quelquefois, dès le début de ma pratique, j'ai jugé utile de débrider le méat urinaire. C'est même une précaution qu'il ne faut pas négliger. M. Leroy et autres, qui n'avaient d'abord pas compris l'utilité de cette opération, ont fini par y avoir recours (1).

On a proposé l'emploi du lit à bascule et du point fixe. Il me suffit de faire remarquer qu'ici le point fixe pourrait devenir plus dangereux encore que chez l'adulte, à cause de la mobilité plus grande des malades.

Après la lithotritie, les enfants rendent rarement de l'urine sanguinolente. J'avais constaté le fait dès le début de ma carrière chirurgicale. C'est donc à tort qu'on a présenté cette particularité comme la conséquence d'une manœuvre spéciale, attribuée à l'un de mes confrères (2). L'absence du sang dans l'urine de ces petits malades me paraît tenir au peu de développement des capillaires du col et du corps de la vessie : il est bien entendu toutefois que la manœuvre a été conduite sans violence.

Il y a quelques cas exceptionnels dans lesquels on parle d'une hématurie par suite de l'application de la lithotritie. L'un de ces faits est cité par M. Guersant (3), qui a eu plusieurs fois occasion de pratiquer l'opération chez des enfants, mais non toujours avec bonheur, ce qui me paraît surtout tenir à la marche qu'il suit, et qui laisse beaucoup à désirer. Dans le cas dont je veux parler ici, le malade avait quatorze ans ; ce n'était déjà plus un enfant. Après la huitième séance, il y eut une hémorrhagie provoquée, dit-on, par des fragments calculeux très-irréguliers. J'ai peine à comprendre qu'une pareille cause puisse déterminer un écoulement de sang assez grave pour exiger un traitement spécial. Ne faut-il pas plutôt accuser les manœuvres de l'opération, soit pour saisir la pierre dans la vessie, soit pour repousser ou extraire des fragments arrêtés dans l'urètre ? Ces dernières tentatives furent longues, répétées et même infructueuses, et il fallut recourir à la boutonnière pour extraire un fragment de pierre. Ainsi, ce qui semble extraordinaire, quant à l'hémorrhagie, devient facile à expliquer dès qu'on parcourt toute la série des circonstances qui se sont offertes.

Chez un autre enfant, M. Guersant avait le projet d'appliquer la lithotritie ; mais il ne parvint pas à constater la présence de la pierre

(1) *Gazette des hôpitaux*, tome II, numéro 51, page 201. — (2) *Gazette des hôpitaux*, tome II, numéros 51 et 58, 1829. — (3) *Gazette des hôpitaux*, 1840, page 366 et 382.

pendant cinq ou six mois qu'il garda le malade dans son service, et durant lesquels il fit de nombreuses explorations, employant tour à tour la sonde et l'instrument lithotriteur (1). Si l'on rapproche ce cas de quelques autres dans lesquels le même praticien eut aussi beaucoup de peine à trouver une petite pierre, on aura la preuve de ce que j'ai dit souvent, savoir, que chez l'enfant comme chez l'adulte et le vieillard, on ne procède pas avec assez de soin aux explorations vésicales, et qu'on donne ainsi à la pierre le temps de grossir, ce qui s'oppose ensuite à l'emploi de la nouvelle méthode.

J'ai appelé l'attention sur un genre d'incrustation partielle ou totale, qui se fait à la face interne de la vessie, le plus communément par suite d'un état morbide grave de la membrane muqueuse, devenue fongueuse, etc. On peut la rencontrer aussi chez les enfants. C'est ce qui ressort de quelques faits, dont deux entre autres observés par M. Guersant. On est parti de là pour admettre que les pierres chatonnées sont fréquentes dans le jeune âge, ce qui était un moyen commode pour justifier des échecs ou des revers. Ainsi, M. Amussat (2) dit qu'une pierre qu'il a saisie dans la vessie d'une fille de onze ans, à l'aide d'une pince à polypes, *était évidemment adhérente derrière le col de la vessie*, mais les raisons qu'il donne de cette prétendue adhérence n'ont rien de plausible : il ne nous apprend pas non plus comment il parvint à la détruire, et se contente de dire que l'enfant fut délivrée après cinq *ou* six séances de lithotritie. Dans ce cas, la nouvelle méthode vint en aide à la taille, car, avant d'y recourir, on avait fendu l'urètre en haut, et l'on avait inutilement tenté de retirer la pierre.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA RÉSINÉONE DE GOUDRON COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE.

Frappé depuis longtemps de l'efficacité du goudron comme agent thérapeutique, mais persuadé que la répugnance qu'éprouvent les malades à prendre ce médicament est cause du faible crédit dont il jouit en médecine, M. Péraire a cherché à séparer, de cette matière désagréable au goût et à l'odorat, une matière active et d'un emploi commode. Les importantes recherches de M. Frémy ont ouvert la voie à

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1841, page 121. — (2) *Gazette des hôpitaux*, 1841, page 251.

M. Péraire. Seulement ce n'est pas sur la résine, mais sur le goudron que ce médecin a institué ses essais. Voici le procédé qu'il a suivi.

On sait qu'en distillant le goudron, soit avec de l'eau, soit pur, on obtient une huile connue sous le nom d'huile de cade; M. Péraire a soumis ce produit à une nouvelle distillation, et il est arrivé à peu près aux mêmes résultats que M. Frémy avec la même résine.

Avant l'opération, on met dans de l'huile de cade un fragment de potasse pour saturer les acides existants. Le mélange, placé dans une cornue et chauffé, se comporte de la manière suivante : comme la résine, l'huile de goudron bout à 70 degrés ; il passe alors à la distillation une huile incolore qui est la résinéone. En portant la température de 78 à 148 degrés, on obtient la résinéone plus abondante et incolore. A 250 degrés on a la résinéine. En changeant de récipient à chaque période de l'opération, on a séparément ces trois produits du goudron.

M. Péraire a soumis ces trois substances à l'expérimentation chimique. Il a reconnu que la résinéone avait exactement les mêmes propriétés que le goudron, et que c'était à cette huile incolore seule que le thérapeutiste devait recourir pour remplacer cette matière impure, la résinéone et la résinéine ayant paru d'une activité très médiocre.

La résiuéone de goudron est une huile essentielle, liquide, incolore, quand elle est récente ; son odeur a quelque chose de pénétrant. Placée sur la langue, elle y développe une augmentation de chaleur et une saveur âcre. Peu après, cette sensation est remplacée par une odeur balsamique qui a quelque chose d'agréable.

La résinéone jouit de toutes les propriétés des huiles essentielles, elle est inflammable, soluble dans l'éther. En distillant 5 grammes de résinéone avec 100 grammes d'alcool, on forme un alcoolat. En mélangeant ces deux substances à froid, on obtient rapidement le même produit; c'est à ce procédé qu'il faut donner la préférence. Par ce moyen il est facile de doser exactement.

La lumière prolongée donne à la résinéone une teinte jaunâtre peu intense.

En mêlant 995 grammes de sucre avec 5 grammes de résinéone, on forme un saccharure dont chaque décagramme contient 5 centigrammes de résinéone. Ce sucre se donne par cuillerées trois ou quatre fois par jour, dans une tasse d'infusion. Il convient dans les catarrhes pulmonaires, les bronchites chroniques, les bronchorrées.

On emploie également le saccharure de résinéone dans les loochs, comme dans la formule suivante :

Prenez : Looch blanc du Codex sans sucre... 125 grammes.
Saccharure de résinéone.......... 30 grammes.

5 grammes de résinéone mêlés avec 995 grammes d'huile d'amandes douces forment un éléolé : la résinéone peut entrer aisément sous cette forme dans la composition des loochs. On l'administre à la dose de 15 grammes dans une potion de 125 grammes.

Si on mêle 990 grammes de sucre avec 5 grammes de résinéone et autant de gomme, on obtient un mélange propre à faire des pastilles.

L'alcoolat de résinéone contient 5 centigrammes de résinéone par gramme d'alcool. On le donne à la dose de 6 gouttes, quatre fois par jour, sur un morceau de sucre. Il réussit très-bien dans les catarrhes chroniques de la vessie.

Employée à l'extérieur, la résinéone semble pouvoir rendre aussi des services signalés dans les cas de maladies de la peau.

On peut composer une pommade comme il suit :

PRENEZ :	Cérat sans eau........	30 grammes.
	Résinéone...........	4 grammes.
	Mêlez.	

M. Péraire dit avoir employé ce mélange avec succès dans plusieurs cas de maladies désignées vulgairement sous le nom de dartres.

DE LA DISPARITION DE L'ODEUR DU MUSC DANS LES ÉMULSIONS.

Un fait curieux sur lequel l'attention a été appelée, c'est la disparition à peu près complète de l'odeur du musc dans les préparations où cette substance se trouve associée soit au sirop d'amandes, soit à l'eau de laurier-cerise. Cette particularité est importante à connaître pour les médecins surtout, qui pourraient sans cela adresser aux pharmaciens des reproches sans fondement, lorsqu'ils croiraient ne pas retrouver dans une émulsion le musc qu'ils auraient prescrit d'y faire entrer. Nous trouvons à cet égard dans le Répertoire de pharmacie la note suivante.

Ce fait a été signalé pour la première fois par M. Hauln, il y a deux ou trois ans; depuis il a été constaté par M. Soubeiran, et plus récemment encore par M. Fauré, de Bordeaux. Ce dernier a même été conduit sur ce sujet à quelques observations intéressantes. Il a reconnu que le sirop d'amandes ne masque ou n'absorbe l'odeur du musc que tout autant qu'il contient des amandes amères. Le lait d'amandes douces n'a pas cette propriété. L'eau de laurier-cerise, au contraire, la possède à un degré au moins égal à celui des amandes amères. C'est donc simplement l'acide hydrocyanique qui masque, en raison de son

odeur vive et pénétrante, l'odeur plus pénétrante, mais moins subtile du musc. Et en effet, si l'on avale une cuillerée de potion musquée contenant du sirop d'orgeat, ou de l'eau de laurier-cerise, l'odeur ni la saveur du musc ne sont d'abord appréciables; mais à mesure que l'odeur et la saveur de l'acide hydrocyanique disparaissent de la bouche, celles du musc s'y développent et persistent aussi longtemps que si la potion n'eût pas contenu de sirop d'orgeat ou de l'eau de laurier-cerise. A l'époque où M. Faure publia ses observations, il fit remarquer qu'il restait à constater si l'action hydrocyanique sur le musc modifie ou non les propriétés médicales de celui-ci, soit pendant l'influence que l'acide exerce, soit lorsque cette influence est dissipée. Aucune expérience, que nous sachions du moins, n'a été faite depuis lors sur ce sujet.

SUR UN CÉRAT FAIT AVEC LA STÉARINE.

Un pharmacien d'Angers, M. Barbin, frappé de la blancheur extrême du cérat fourni par plusieurs de ses confrères, est parvenu à en obtenir un semblable. Il donne la formule suivante comme conduisant à un très-beau résultat :

Stéarine...............	180 grammes.
Eau de roses...........	375 grammes.
Huile d'amandes douces...	500 grammes.

F. S. L. — Comme on le voit, la cire blanche est remplacée par l'acide stéarique, avec un excédant de 60 grammes sur la dose du Codex. Ce procédé a l'avantage de donner un cérat d'une blancheur et d'une homogénéité parfaites; il est d'une onctuosité de *cold-cream;* une heure suffit pour le préparer. Il coûte moins que celui du Codex, et comme il est tout aussi efficace, il pourrait lui être substitué dans les hôpitaux, où l'on emploie de la cire jaune, substance d'un prix beaucoup plus élevé que celui de la stéarine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ENCORE DE NOUVELLES OBSERVATIONS TOUCHANT LES BONS EFFETS DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES INVÉTÉRÉES.

Il y a trois ans je publiai dans ce recueil une cure fort remarquable d'ulcères syphilitiques de vingt ans de date obtenue en vingt jours par

l'iodure de potassium à haute dose. Quoique depuis la publication de ce fait, le *Bulletin* et divers autres échos de la science médicale aient retenti d'une foule de guérisons presque aussi merveilleuses, j'ose espérer qu'en vertu de l'adage *Quod abundat non nocet*, vous ne vous refuserez pas à enregistrer dans votre excellent journal les observations suivantes, qui devraient mettre hors de doute, si doute il y avait encore, la spécificité de l'iodure de potassium contre les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis.

Obs. I. M***, de la Palud (Vaucluse), âgé de quarante-cinq ans, homme d'une constitution robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin, était affecté depuis plusieurs années d'un boursouflement et d'une ulcération de la muqueuse pituitaire qui gênaient notablement le passage de l'air dans les fosses nasales. Plusieurs médecins distingués d'Avignon et de Lyon, s'étant mépris dans le principe sur la nature du mal, n'avaient opposé à cette espèce d'enchiffrènement qu'un traitement purement local, et par conséquent inefficace. L'ulcère interne, après avoir insensiblement dévoré les osselets du nez, se fit jour au dehors, et, dans moins de trois mois, il avait détruit la moitié supérieure de l'organe olfactif, lorsque je fus appelé à donner mes soins à cet infortuné père de famille. La marche, la forme, la couleur, la suppuration de cet énorme et hideux ulcère, qui dans moins de quinze jours eût peut-être envahi et dévoré les deux globes oculaires, dont il n'était distant que de deux à trois millimètres, auraient à elles seules suffi pour m'en démontrer la nature syphilitique, si les aveux du malade n'eussent d'avance édifié mon diagnostic. Eh bien! c'est un fait à la puissance duquel ne sauraient résister tous les raisonnements séduisants d'une brillante imagination, et dont toute la ville de Lapalud attesterait au besoin la véracité, il n'a pas fallu quinze jours de l'usage interne et local de l'iodure de potassium pour obtenir une cicatrisation complète, et voilà déjà plus de deux ans que la guérison s'est maintenue aussi solide chez M. G. que chez le sujet de notre première observation, qui date de trois ans (1).

Le seul incident survenu pendant l'administration du remède, porté graduellement jusqu'à la dose de 6 grammes par jour, a été une éruption générale de boutons furonculeux qui s'est dissipée au terme de huit à dix jours sous l'influence de quelques purgatifs.

Obs. II. La nommée Ursule ***, de Saint-Paulet (Gard), âgée de quarante ans, mariée depuis quelques années à un militaire retraité, se plaignit soudain, il y a sept ans, d'une violente douleur à l'isthme du gosier accompagnée d'une extrême difficulté dans l'acte de la déglutition, à tel point qu'elle attribuait ces différents symptômes à l'implantation d'une arête de poisson sur la partie affectée. Un médecin de Pont-Saint-Esprit, appelé, reconnut une légère érosion à la base de la langue, la cautérisa à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, et prescrivit des pilules dont j'ignore la

(1) Voyez tome XX, page 374. — Il y a eu à cette époque une erreur typographique dans notre observation : page 377, ligne 8. Au lieu de 4 cautérisations, lisez 10 cautérisations.

composition. Soit inopportunité du remède, soit négligence de la malade, le mal fit des progrès épouvantables pendant l'espace de six années. Dès mon premier examen, qui eut lieu le 6 décembre 1842, je trouvai la physionomie de cette malheureuse horriblement mutilée par la chute des osselets du nez, du tiers externe du maxillaire supérieur, et de la portion correspondante de l'arcade dentaire. L'intérieur de la cavité buccale était le principal foyer où la maladie venait depuis un an de concentrer son effrayante activité; la langue, triplée de volume, l'isthme du gosier, la muqueuse interne des joues, étaient sillonnées par de profondes ulcérations d'où transsudait un ichor d'une puanteur repoussante. La parole se réduisait à un bredouillement inintelligible. C'était au point que cette triste victime de la syphilis, rougissant de se montrer en public, s'était condamnée pour toujours à l'obscure retraite du foyer domestique. Disons-le sans crainte de trahir les intérêts sacrés de la vérité, cinquante grammes d'iodure de potassium pris à l'intérieur et en lotion ont suffi, dans l'intervalle de trente jours, pour produire la guérison radicale de tous ces affreux désordres d'une vérole constitutionnelle, et rendre ainsi cette pauvre mère de famille à la société de ses parents, de ses amis et de ses compatriotes.

De fortes évacuations alvines et urinaires, une éruption miliaire générale, tels ont été les épiphénomènes qu'ont provoqués les premières prises du médicament, et qui ont cédé à la seule discontinuation de quelques jours.

Obs. III. La fille d'Ursule ***, de Saint-Paulet, âgée de seize ans, s'est présentée chez moi avec sa mère, sujet de l'observation précédente, le 24 février 1844, pour réclamer mon avis sur le remède à opposer à trois ulcérations de l'isthme du gosier, qu'elle prétend avoir contractées de sa mère en lui donnant des soins ou en mangeant à la même table. Quelques questions adroitement adressées à cette jeune fille en l'absence de sa mère dans l'intention de savoir si son mal serait la conséquence d'un coït impur, ne m'ont fourni aucun éclaircissement; et puis la mère, prise à part, est venue protester de l'innocence de sa fille, quoiqu'elle soit restée hors de sa surveillance, chez des parents de Nîmes, pendant un intervalle de six mois. Le caractère vénérien de ces ulcérations a été pour moi évidemment établi par leur aspect, leur forme, leurs bords taillés à pic, et plus tard par la prompte efficacité du spécifique en question : *naturam morborum ostendit curatio.* Il n'a fallu rien moins que vingt grammes d'iodure de potassium en boisson ou en gargarismes pour amener en deux semaines la cicatrisation parfaite de ces ulcères du voile du palais, des amygdales et de la racine de la langue.

Que de doutes ce cas est appelé à faire surgir sur la réalité des idées de Hunter et de M. Ricord relatives au mode de transmission de la syphilis tertiaire, si toutefois les dénégations formelles de la mère et de la fille sont l'expression de la vérité ! Car selon ces syphilographes, « Les accidents tertiaires non-seulement ne s'inoculent plus, mais ils ne sont plus susceptibles de se transmettre par voie d'hérédité avec les caractères spécifiques de la vérole, comme les secondaires, et sont peut-

être une cause fréquente, par la génération, de la production des scrofules, qui souvent ne sont que la syphilis dégénérée. » (Voyez le Traité des maladies vénériennes de M. Ricord, page 160.) Et d'ailleurs, les accidents tertiaires seraient-ils transmissibles par voie d'hérédité, dans l'espèce on ne pourrait pas invoquer ce mode de communication, puisque la mère soutient n'avoir éprouvé des symptômes de vérole que dix ans après la naissance de sa fille. Mais qui nous a révélé que la mère ne fût pas sourdement infectée, sans symptômes apparents, avant la naissance de sa fille? Le virus introduit dans l'économie ne peut-il pas y rester en incubation pendant un plus ou moins grand nombre d'années, et faire plus tard explosion par l'apparition soudaine d'une de ses nombreuses manifestations? Mais alors c'est à ne plus en finir si l'on veut se lancer dans le vaste champ de l'hypothèse. Du reste, quel que soit le mode de transmission par lequel cette jeune personne ait contracté sa maladie, ou par un commerce illicite, ou par le contact de sa mère, ou par voie d'hérédité, toujours est-on en droit de déduire les conséquences suivantes, tant soit peu opposées aux préceptes de notre ancien et habile maître, le professeur Ricord :

1° Que dans la première supposition, il faudrait regarder les ulcères de l'isthme du gosier comme des chancres de première formation, et alors l'iodure de potassium pourrait parfois tout aussi bien guérir les symptômes primitifs de la vérole que les secondaires et les tertiaires;

2° Que dans les deux dernières suppositions, les accidents tertiaires seraient susceptibles de s'inoculer et de se transmettre par voie d'hérédité.

Obs. IV. M. ***, d'un village voisin de Carpentras (Vaucluse), âgé de cinquante ans, ayant donné dans les écarts d'une jeunesse un peu voluptueuse, avait eu à subir plusieurs traitements antiblennorrhagiques, lorsque, jouissant paisiblement des apparences d'une santé prospère, il ressentit inopinément, il y a un an, de violentes et profondes douleurs dans les membres abdominaux. Ces souffrances atroces torturaient parfois le malheureux et la nuit et le jour avec une telle rigueur, que souvent, dans son désespoir, il aurait mis fin à une existence aussi martyrisée s'il n'eût été retenu par les puissants liens de la religion et de la famille. Déjà plusieurs médecins de la contrée semblaient avoir épuisé sur lui, presque sans soulagement, toutes les ressources de la thérapeutique, lorsque, instruit de mes quelques succès dans le traitement des maladies vénériennes de vieille date, il se décida à me faire venir auprès de lui (19 septembre 1843). Nous attaquâmes énergiquement un mal aussi exaspéré par l'administration de l'iodure de potassium à haute dose, et quatre-vingts grammes de cette héroïque substance furent nécessaires pour triompher de la ténacité de ces douleurs ostéocopes, qui depuis un an ne se sont plus réveillées.

Nous devons avouer que force nous a été deux ou trois fois de suspen-

dre l'emploi de l'iodure de potassium, à raison d'une complication de conjonctivite catarrhale que semble accroître l'influence du remède.

Les deux observations suivantes m'ont été communiquées par mon collègue et ami M. Véliard, de Diolène, près Orange. Je les transcris littéralement.

Obs. V. « Anne ***, âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant cohabité en premières noces avec un mari dont la jeunesse un peu libertine avait été traversée par plusieurs chaudepisses, contracta à cette époque une blennorrhagie virulente qui céda à l'usage de la liqueur de Van-Swiéten. Ce fut peu de temps après son second mariage, en 1841 (le nouveau mari nous a avoué formellement n'avoir jamais eu de maladie vénérienne), qu'elle vit éclater sur l'aile gauche du nez une ulcération dont les bords taillés à pic décelaient l'origine syphilitique, et qui par ses progrès toujours croissants eut bientôt envahi la presque totalité de la face. Plusieurs traitements avaient été dirigés inutilement contre cette dégoûtante maladie, lorsque le docteur Amable Cade, consulté, d'après mon avis, à son retour d'Orange, crut reconnaître dans cette large ulcération un symptôme non équivoque de vérole constitutionnelle, et prescrivit pour toute médication l'iodure de potassium à haute dose. Je commençai le traitement par une dose de cinquante centigrammes de ce sel, et je le continuai pendant vingt-deux jours en augmentant chaque jour de vingt-cinq centigrammes sans aucun inconvénient notable pour la malade, qui au bout de ce temps partagea avec moi la satisfaction de voir son ulcère parfaitement cicatrisé. »

Obs. VI. « M. ***, homme de lettres, d'un tempérament lymphatique, était atteint depuis près de quinze ans, à la lèvre supérieure, d'une fluxion, et au gland d'un engorgement avec abondante sécrétion de l'humeur sébacée, maladies qui s'étaient montrées rebelles à toute espèce de médication locale, lorsque, croyant leur reconnaître une source syphilitique, je pris le parti de le soumettre à l'usage de l'iodure de potassium à haute dose. La première affection fut heureusement modifiée par le traitement sans être radicalement guérie; mais la balanite chronique céda complétement en vingt-cinq jours à l'usage du remède, et depuis un an cette guérison s'est bien maintenue. »

Obs. VII. M. ***, de Saint-Paulet (Gard), âgé de 25 ans, d'un tempérament pléthorique, ayant été atteint à la suite d'un coït impur de chancres à la verge, chaudepisse et bubons inguinaux, consulta un médecin de Pont-Saint-Esprit, qui le soumit à l'usage intérieur de la liqueur de Van-Swiéten. Cette médication opportune fut abandonnée aussitôt après la disparition des symptômes extérieurs de vérole, et probablement trop tôt pour l'extinction complète du virus syphilitique immiscé dans le sein de l'organisme, puisque au bout de quatre mois il vit survenir les accidents secondaires d'une vérole constitutionnelle, ulcération avec induration des amygdales, de la muqueuse nasale, etc. Pendant plusieurs mois, son médecin lui prescrivit des gargarismes aluminés sans aucun résultat avantageux. C'est alors qu'ennuyé de la longueur et de l'inutilité de ce traitement, cet intéressant jeune homme se présenta à mon cabinet de consultation le 11 juillet 1844. L'inspection des ulcères et surtout les aveux du malade me décidèrent de suite à recourir à l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur et en gargarismes. L'ulcère du nez et l'enchiffrènement guérirent en vingt jours, mais il n'en

fut pas ainsi des ulcérations de la gorge, qui, beaucoup plus tenaces, ne furent cicatrisées qu'après deux mois de traitement et après la consommation de 120 grammes d'iodure de potassium, et encore a-t-il fallu seconder l'effet local par l'usage des gargarismes à l'acide hydrochlorique, et deux ou trois cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent.

Le premier amendement du côté de la bouche s'est manifesté par une résolution de l'engorgement ou plutôt de l'induration des amygdales; c'est alors que croyant, avec M. Ricord, à l'annihilation du virus vénérien, nous avons pensé devoir hâter la cicatrisation des ulcères par des applications de nitrate d'argent et des gargarismes hydrochlorurés. Aujourd'hui 23 septembre il m'a été permis de constater une guérison parfaite.

Le seul incident que nous ayons observé pendant la durée de ce traitement a été une éruption furonculeuse générale, qui ne nous a pas empêché de conseiller la continuation du remède.

Je ne veux pas terminer ce travail sans avouer que j'ai voulu faire l'application de l'iodure de potassium au traitement de plusieurs ulcères cancéreux de la face et du sein qui ne reconnaissaient probablement aucun principe syphilitique, et que j'ai été forcé, par l'inefficacité du remède, à l'abandonner pour recourir avec succès à la cautérisation profonde du mal par le moyen des poudres caustiques de Vienne et de Rousselot.

Amable Cade, D. M.
à Bourg Saint-Andéol (Ardèche).

DE L'EMPLOI DES VENTOUSES SÈCHES DE TRÈS-GRANDE DIMENSION POUR LA RÉDUCTION DES VOLVULUS SPASMODIQUES.

Monsieur et très-honoré confrère,

Ma pratique m'ayant offert depuis un certain nombre d'années divers cas de *volvulus spasmodiques*, avec ou sans vomissements de matières stercorales, j'ai dû chercher, vu l'insuffisance des moyens médicamenteux ordinairement mis en usage, des agents thérapeutiques capables de remédier le plus promptement possible à cette pénible et redoutable affection.

Je suis loin de penser que je sois parvenu à découvrir ces agents; mais j'ai quelques raisons de croire qu'à cet égard j'ai mieux trouvé qu'on n'a fait jusqu'à ce jour. Je n'ai traité convenablement que quatre cas d'invagination intestinale, dont deux avec des vomissements stercoraux, et deux autres sans ces sortes d'évacuations. Or, dans les quatre circonstances, j'ai constamment obtenu la désintussusception du tube alimentaire, la cessation des vomissements, le rétablissement des déjections alvines plus ou moins subitement suspendues. Ces heureux résul-

tats, monsieur et très-honoré confrère, ont été amenés, non avec des saignées, des purgatifs légers ou drastiques, l'emploi du mercure coulant ou des balles de plomb, mais avec un moyen bien simple, à la portée de tout le monde, c'est-à-dire *les ventouses sèches d'une très-grande dimension*, que j'ai appliquées sur les parois abdominales une ou plusieurs fois, et que j'ai dirigées plus spécialement vers le point où les souffrances topiques et les duretés faisaient supposer le siége de l'invagination.

Comme mon intention est de publier prochainement dans votre recueil un mémoire où je consignerai ces cas d'iléus traités avec succès, vous m'obligerez infiniment d'insérer cette lettre dans le plus prochain numéro, afin de mettre les praticiens qui se trouveront dans des circontances favorables, à même de vérifier l'exactitude de mes observations et assertions. Par cette insertion, vous me donnerez d'ailleurs la faculté de communiquer librement à ceux qui n'auront pas connaissance de la lettre que j'ai l'honneur de vous écrire, les heureux résultats de ma thérapeutique relative au *volvulus spasmodique*. Je dis *spasmodique*, parce que je n'entends pas parler des cas qui tiennent à d'autres causes qu'au mouvement antipéristaltique du canal intestinal.

Veuillez agréer, etc.

B. de Larroque, D. M. P.,
Médecin de l'hôpital Necker.

Paris, le 5 février 1845.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène de la digestion, suivie d'un nouveau Dictionnaire des aliments, par M. Paul Gaubert. 1 vol. in-8.

Voici un ouvrage qui ressemble peu aux publications si en vogue par le nom ou la position de leurs auteurs, et si peu propres en même temps à fournir à notre génération médicale l'instruction solide après laquelle elle soupire. Considérez en effet les travaux exécutés aujourd'hui par les savants en possession de la plus haute renommée, qu'y voyez-vous? Sans doute le résultat d'une longue et laborieuse observation sur telle ou telle partie de l'art; ou bien quelques aperçus profonds, résumant d'un coup d'œil une série de faits, et facilitant l'intelligence des phénomènes si compliqués du corps vivant dans l'état de santé comme dans l'état de maladie; tout au moins un enseignement à la fois large et précis de l'état de la science ou de l'art, mariant les connaissances acquises par trois siècles d'investigations avec les notions' produites de nos jours par l'ex-

tension naturelle des études et le perfectionnement des procédés en usage? Non, vous n'y voyez rien de tel; vous n'y voyez autre chose qu'une ou deux idées empruntées à l'un des mille systèmes qui encombrent le champ de la science, et qu'on essaye de faire passer pour neuves à la faveur d'un appareil d'expérimentations étranges qui en dénaturent l'origine et les détournent de leur but primitif. Encore si ces expérimentations impliquaient réellement une attention scrupuleuse à saisir leur expression véritable, si elles étaient exécutées seulement avec le soin que suppose l'amour de la science ou le sentiment d'un devoir à remplir, les témoins de ces épreuves pourraient rectifier les erreurs involontaires, et redresser les préjugés du maître ; mais vous n'y trouvez pas même, il faut oser le dire, l'honnêteté qu'on a droit d'exiger de tout homme chargé d'instruire les autres. La plupart de ces systèmes d'expériences n'interviennent en effet que pour donner gain de cause à un principe hasardé avec légèreté et défendu par l'amour-propre. Aussi, on peut l'annoncer sans craindre d'être faux prophète, ces théories fastueuses s'évanouiront comme une fumée passagère dès que les acteurs de ces scènes, qui ne seraient que ridicules si elles ne se jouaient pas aux dépens de l'humanité, auront quitté leur théâtre. Elles disparaîtront peut-être plus tôt, abdiquées par leurs auteurs mêmes, s'il leur passe par l'esprit, ce qui se voit encore fort souvent dans cette haute région scientifique, d'effacer le lendemain ce qu'ils ont écrit la veille. Qu'on ne s'y trompe pas, nous peignons ici à grands traits la véritable situation de la science, telle qu'elle nous est faite par les puissances du jour, à cette époque de cupidité et d'égoïsme.

Ce n'est pas, avons-nous dit, d'après cette mesure qu'on doit juger la publication de M. le docteur Gaubert; nous annonçons dans son livre une œuvre mûrie par la réflexion, élaborée avec conscience, présentant l'état le plus avancé des principales questions de médecine pratique, discutant sérieusement et de bonne foi les points litigieux, offrant un résumé net et concis des plus graves enseignements de l'art, mettant tous ces objets à la portée des plus humbles intelligences. Tant de titres doivent lui concilier la faveur de l'élite des gens instruits, et promettent à son travail une vogue qui survivra au fracas des publications d'aujourd'hui. Toutefois M. Gaubert n'a pas fait là tout ce qu'on est en droit d'attendre de lui ; s'arrêter après un tel essai, ce serait tromper les espérances qu'il donne ; nous attendons prochainement de son zèle qu'il s'engage hardiment dans la lutte entre l'erreur et la vérité ; un homme de sa valeur se doit à lui-même et à son pays de sacrifier son repos, sa vie s'il le faut, au triomphe de principes dont il comprend toute l'importance.

Le livre actuel de M. Gaubert se divise en trois parties. La première,

sous forme de propositions et presque d'aphorismes, s'occupe du mécanisme de la digestion, de ses rapports, des sympathies de cette fonction avec toutes les autres. La deuxième partie a pour objet les règles de l'hygiène de la digestion, telles qu'elles conviennent à chaque sujet, à chaque saison, à chaque tempérament, aux sexes, aux divers âges, aux différentes professions, aux constitutions maladives. Un Dictionnaire des aliments, espèce de glossaire pratique, attache aux substances alimentaires les plus usuelles l'action que leur assurent l'observation et l'expérience. On n'aurait pas même l'idée du travail de M. Gaubert si nous nous bornions ainsi à l'énumération des titres de ses trois parties. La première, ses aphorismes, et les commentaires qui les expliquent, embrassent toutes les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur le mécanisme de cette grande fonction : elle constitue un aperçu fécond des diverses phases de la grave fonction accomplie par le corps vivant lorsqu'il procède à la transmutation de la matière alimentaire. Cette série de propositions, avec leurs commentaires, initie au mécanisme de ces diverses phases, depuis le moment de l'appétence des aliments jusqu'aux dernières limites de leur transformation. Elle est le fondement des deux autres. On la lira avec tout l'attrait qui accompagne une exposition simple, complète et élégante de phénomènes si intéressants.

La seconde partie est la plus élevée. Dans celle-ci M. Gaubert se prend corps à corps avec les systèmes qu'on essaye de faire prévaloir pour rendre compte de la digestion, et il démontre ce qu'on avait déjà pressenti dans la première partie, que la digestion ne relève pas des lois dont on veut la rendre tributaire; qu'elle appartient à une catégorie de faits en dehors de la physique et de la chimie proprement dites, pour se ranger autour de ces grandes lois d'unité, d'autonomie et d'autocratie qui sont le fondement de la physiologie et de la pathologie, en un mot de la science de l'homme. C'est en vain que la physique et la chimie veulent usurper le droit d'expliquer les phénomènes dont le corps organisé vivant est le sujet et l'agent; toutes ces prétendues explications importées par des pseudo-physiologistes ou par des physiciens et des chimistes de profession, viendront échouer en présence des grandes vérités que M. Gaubert a reproduites avec une rare précision. Nous n'avons pas l'espace suffisant pour suivre ce médecin dans le système d'argumentation qu'il oppose à ces prétentions; mais nous ne devons pas dissimuler que cette discussion, sans cesser d'être accessible aux intelligences moyennes, rivalise avec ce que nous connaissons en ce genre de plus complet et de plus profond. C'est un grand service rendu par M. Gaubert à la science et à l'art, d'avoir vulgarisé des principes que de très-bons esprits n'atteignent pas toujours.

La partie pratique est loin d'être omise dans l'ouvrage de M. Gaubert, ou, pour parler plus juste, l'ouvrage de ce médecin est essentiellement pratique, puisque ses plus hauts points de vue, ses déductions les plus générales, reposent sur les faits usuels et ramènent sans cesse à ces mêmes faits. C'est là l'objet de ses considérations relatives à l'hygiène des âges, des sexes, des tempéraments, des professions; il montre comment on doit se gouverner sous ces diverses circonstances, ce qu'il faut faire pour conserver l'équilibre, ce qu'il faut tenter quand il se trouble, les moyens de prolonger la vie, de la rendre agréable. L'ouvrage est terminé, ainsi qu'on l'a déjà dit, par un Dictionnaire des aliments, où l'on voit quelles sont les substances les plus appropriées aux conditions d'existence à travers lesquelles nous devons passer.

En deux mots, rappeler la science aux dogmes de la véritable médecine, déduire de ces dogmes les règles pratiques de la conduite de la vie au milieu du tourbillon des causes qui la font chanceler sur son point fixe, s'établir, pour constituer et ces dogmes et ces pratiques, sur les phénomènes d'une fonction en commerce perpétuel avec toutes les autres, exposer ces idées et ces faits en langage simple, élégant et facile, telle a été, si nous ne nous trompons, l'intention de M. Gaubert, et tel est aussi le résumé de son livre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Atrésie accidentelle presque complète de la vulve n'ayant pas empêché la grossesse. — Incisions de la vulve au moment de l'accouchement. — Un cas des plus intéressants s'est présenté à l'hospice de la Maternité, c'est celui d'une femme âgée de trente-six ans, entrée au septième mois de sa grossesse, et offrant une occlusion presque complète du vagin. Il semblait qu'après avoir rafraîchi avec l'instrument les petites lèvres à leur face interne, on en avait obtenu la réunion par première intention. A la place de l'ouverture vulvaire, il n'existait qu'un pertuis situé tout à fait à la fourchette et assez étroit pour n'admettre qu'une sonde de femme. Ce pertuis servait à la fois à l'écoulement des urines et à celui des règles. Le méat urinaire n'était pas visible. La difformité que nous venons de décrire était la conséquence d'un accident arrivé à cette femme à l'âge de dix ans. Étant à cheval sur la rampe d'un escalier, elle se laissa glisser jusqu'au bas, et les parties génitales vinrent heurter avec force contre la pomme métallique qui se trouvait à la fin de la rampe. Il résulta de ce choc une déchirure des parties génitales. Malheureusement, le médecin qui la traita ne réussit

pas dans les précautions qu'il prit pour empêcher la cicatrisation vicieuse.

Ainsi, première circonstance, on ne peut plus remarquable à noter, c'est que, bien que chez cette femme l'introduction du pénis dans le vagin fût absolument impossible, la fécondation a eu lieu. Il existe dans la science d'autres faits de ce genre qui pourraient fournir le texte à beaucoup de discussions touchant le mystère de la génération.

Quoi qu'il en soit, la première question à résoudre chez cette femme était si l'on devait l'opérer de son occlusion du vagin pendant la grossesse, ou si l'on devait attendre le moment de l'accouchement. On a pris ce dernier parti par la considération qu'en agissant autrement, on aurait pu produire l'avortement.—Le travail de l'enfantement étant convenablement avancé, la tête étant en partie dans l'excavation du bassin, le périné et l'anus bombant fortement, M. Danyau a pratiqué, d'après l'avis de M. Dubois, de chaque côté du pertuis vulvaire, deux petites incisions obliques de trois lignes de longueur de bas en haut et en dehors pour éviter l'urètre. L'orifice n'acquit que le diamètre d'un sou. On voyait la tête du fœtus. La dilatation ne faisant aucun progrès, une heure après cette opération, deux incisions pareilles aux précédentes pour la longueur furent pratiquées inférieurement, une de chaque côté, vers les ischions. La vulve en reçut un agrandissement considérable, mais encore insuffisant. Il fallut étendre ces incisions inférieures jusqu'à leur donner un pouce de longueur : alors l'accouchement eut lieu. On s'est efforcé de faire cicatriser isolément les lèvres des quatre incisions, et l'on y est parvenu. L'ouverture vulvaire, au moment de la sortie de la femme, était assez large pour que la fécondation pût être effectuée dans les conditions normales.

Rétrécissement de l'œsophage. — Quelles sont les indications à remplir dans cette affection ? — Les rétrécissements de l'œsophage sont de nature plus sérieuse que les rétrécissements de l'urètre. Tandis que ceux-ci n'attaquent que le tissu muqueux ou sous-muqueux de l'organe, en produisant un épaississement plus ou moins considérable, ceux-là, outre cette altération qui leur est commune avec les autres, peuvent être formés par des dégénérescences de toutes sortes, tumeurs colloïdes, encéphaloïdes, mélaniques et fongueuses, par des ulcérations de toute nature, parmi lesquelles les ulcérations syphilitiques se rencontrent fréquemment.

Le diagnostic médical de ces rétrécissements, c'est-à-dire la connaissance de leur nature, n'est pas toujours facile. Les plus grands praticiens sont quelquefois, et nous pouvons dire souvent embarrassés dans

la détermination des causes de la maladie. Nous en citerons un exemple récent observé dans le service de M. le professeur Velpeau à l'hôpital de la Charité.

Une femme de trente-quatre ans, domestique, d'une constitution sèche, mais bonne, n'avait jamais été malade, lorsque, il y a un an, elle fut prise, dit-elle, d'un mal de gorge. Elle éprouva d'abord une difficulté légère pour avaler : elle n'avait pas été sujette aux angines, n'avait jamais eu de pneumonies, et ne s'enrhumait pas pendant l'hiver. Son mal augmenta lentement ; elle en vint à ne pouvoir plus avaler du tout, à peine peut-elle prendre de petites quantités d'aliments et de boissons ; il lui est difficile même d'avaler sa salive.

Quand on examine le siége de la maladie, on ne voit rien à l'extérieur ni à l'intérieur ; mais en portant le doigt sur la région hyoïdienne, on découvre un point douloureux, inégal, raboteux. Du reste, il faut que la malade se plaigne pour qu'on sache le lieu occupé par l'affection. Aujourd'hui la maladie en est arrivée à ce degré, qu'elle ne peut plus avaler même de l'eau ; aussi est-elle maigrie, affaiblie depuis quelque temps. Cette femme tousse, mais ne souffre pas en respirant. La voix est pourtant altérée.

Cet ensemble de symptômes indique que le siége du mal est l'œsophage et non la trachée, comme on serait porté à le croire par l'altération de la voix. Celle-ci paraît résulter de ce que la cloison se trouve comprise dans la maladie de l'œsophage, et même c'est là un signe à ne pas négliger, puisqu'il nous précise le siége de la maladie. C'est donc à la portion de l'œsophage qui correspond au larynx que doit se trouver le point affecté.

Mais quelle est la nature de ce rétrécissement évident ? M. Velpeau pense qu'on doit mettre tout d'abord de côté l'épaississement des tissus muqueux et sous-muqueux ; car il est rare qu'il survienne sans avoir été précédé de l'ingestion de quelque substance irritante caustique, ou de maux de gorge répétés, ou encore d'une affection des voies digestives. Or, rien ici de tout cela n'a existé ; la femme a toujours été bien portante. Quant à l'affection vénérienne, la femme n'a point été interrogée sur ce point ; mais M. Velpeau penche pour la négative. Reste la dégénérescence encéphaloïde : quand on explore avec le doigt, on provoque très-facilement une exsudation sanguine, le contact est douloureux ; ces caractères indiquent l'existence de quelque chose de fongueux, d'encéphaloïde. De plus, le doigt lui-même tombe sur un point qui donne aussi la sensation d'une fongosité.

Quoi qu'il en soit, le pronostic est fort grave : l'œsophage, dit M. Velpeau, est comme la cornée, sur laquelle la guérison de la maladie ne

rétablit pas la fonction. Ici, en effet, qu'on suppose le cas le plus heureux, l'existence de fongosités syphilitiques; qu'on les suppose guéries, le rétrécissement n'en existera pas moins avec toutes ses conséquences fatales.

Mais, dans tous les cas, dans celui-ci, comme dans les autres, quelles que soient la cause et la nature du rétrécissement, il est une indication absolue, générale, qu'il faut commencer à remplir avant tout ; c'est celle de dilater le canal, et la raison de ce mode d'agir n'a pas besoin d'être exposée. C'est l'indication qui a été remplie chez cette malade, dans l'œsophage de laquelle on a introduit une sonde du n° 9. Quels que soient les résultats de l'interrogation relativement à l'existence de la syphilis, M. Velpeau se propose d'employer un traitement mercuriel. Cette malade est encore en observation.

De l'oblitération du vagin appliquée au traitement de la fistule vésico-vaginale. Méthode de traitement par infibulation ou oblitération du vagin. — Un chirurgien à l'expérience, aux lumières, à la bonne foi duquel tous les praticiens ont grande confiance, M. Velpeau, écrivait ceci relativement au traitement des fistules vésico-vaginales : « Je suis forcé d'avouer qu'il y a lieu à révoquer en doute la presque totalité des cas de guérison qui en ont été publiés jusqu'ici. » Si l'on soumet, en effet, à un examen attentif, à une analyse rigoureuse ces cas de guérisons obtenues par des procédés si nombreux et si divers que nous ne pouvons même les rappeler ici, depuis ceux de J.-L. Petit, de Dessault, jusqu'à ceux de Dupuytren et de M. Lallemand, on éprouve le même sentiment de doute manifesté par M. Velpeau. Mais parce que l'art a été jusqu'ici impuissant, est-ce à dire qu'il le sera toujours? Est-ce à dire qu'il faille s'abstenir de nouvelles tentatives, et que l'on doive abandonner les malheureuses femmes victimes de cette infirmité dégoûtante à tous les inconvénients de leur déplorable position ? Nous ne pouvons partager ce désolant fatalisme de quelques personnes, et nous approuvons les chirurgiens qui, ne se laissant pas décourager par l'insuccès, cherchent des moyens nouveaux de guérison.

En 1834, M. Vidal (de Cassis) proposa et exécuta une opération qu'il appela *méthode indirecte*, et que nous appellerions volontiers *méthode du désespoir ;* dans cette méthode, en effet, il ne s'agit pas de faire quelque tentative sur la fistule elle-même: on semble désespérer de la guérir; mais on laisse la solution de continuité anormale pour aller oblitérer l'ouverture naturelle du vagin. M. Vidal exécuta cette méthode sur une femme portant une fistule du bas-fond de la vessie; pendant un

mois les choses allèrent assez bien ; les urines coulaient par l'urètre, les règles même survinrent et furent rendues par ce canal ; un jour, les urines ayant quelque peine à passer, un élève voulut introduire une sonde dans l'urètre, il la dirigea mal, rompit la cicatrice, et la fistule se reproduisit.

Depuis lors, que nous sachions, cette opération n'avait pas été pratiquée. De nombreuses, de graves objections lui furent en effet adressées. On contesta d'abord la possibilité d'oblitérer le vagin, et dans le cas cité, la maladresse de l'élève ne fut, a-t-on dit, que la cause déterminante de l'accident qui aurait eu lieu plus tard sous l'influence de l'action irritante de l'urine. Cette méthode d'ailleurs constitue-t-elle une méthode de guérison de fistule vésico-vaginale, et n'est-ce pas plutôt une infirmité substituée à une autre infirmité ? Ce réservoir nouveau, créé aux urines, sera-t-il sans inconvénient pour la matrice continuellement baignée dans ce liquide, ne pourra-t-il pas pénétrer par elle dans les trompes et de là dans le péritoine? Des dépôts calculeux ne pourront-ils pas se faire dans cette poche? Cette poche sera-t-elle susceptible de contractilité pour l'émission volontaire des urines ? Est-il bien certain que les règles passeront toujours par l'urètre ? Enfin la femme ne perd-elle pas par là les attributs et les fonctions de son sexe ?

Ces objections, auxquelles il est juste de dire que M. Vidal avait déjà répondu, ont été rigoureusement examinées par M. le professeur Aug. Bérard, à l'occasion d'un fait récent de fistule vésico-vaginale reçu dans sa clinique de l'hôpital de la Pitié.

Il s'agit d'une femme de trente ans, mariée, chez laquelle la maladie s'est produite sous l'influence de la cause la plus fréquente, la rétention de la tête du fœtus au passage. Cette fistule était énorme ; non-seulement la cloison vésico-vaginale était détruite, non-seulement la partie inférieure de la vessie manquait, mais encore la partie postérieure de l'urètre était comprise dans la destruction, circonstance éminemment défavorable.

Après avoir fait disparaître par les moyens connus les irritations locales résultant du contact des urines, M. Bérard mit une sonde à demeure pour prévenir le refoulement de la vessie à travers la fistule ; mais le bout vésical de cet instrument s'incrustait promptement de sels urineux, dont il fallait chercher à empêcher la précipitation ; l'eau de Vichy parut remplir cette indication.

Mais il fallait prendre un parti décisif ; devait-on se borner à un traitement palliatif, ou tenter la cure radicale ? M. Bérard se décida pour ce dernier parti. Mais dans ce cas quelle méthode choisir ? Aucune méthode *directe*, tampon, cautérisation, suture, autoplastie, et leurs in-

nombrables proeédés ne pouvaicnt convenir iei, à cause de la largeur de la fistule. Restait donc la méthode *indirecte*, proposée et exécutée par M. Vidal, e'est-à-dire l'oblitération du vagin. Mais iei se présentaient les graves objections que nous avons résumées plus haut. M. Bérard les a examinées une à une, et il s'est décidé à passer outre, encouragé par le demi-sueeès obtenu par M. Vidal. Dans son désir de porter remède à une infirmité qui rend la vie insupportable à la malheureuse femme qui en est affectée, M. Bérard ne s'est même pas laissé arrêter par une circonstance dont il reconnaît eependant l'extrême gravité quant au sueeès de la tentative. On se rappelle, en effet, que la destruetion ne se bornait pas à la cloison vésico-vaginale; elle s'étendait jusqu'au eol de la vessie, jusqu'à la partie postérieure de l'urètre inclusivement. Le vagin oblitéré, à supposer que l'on réussît, n'aurait-on pas, après tant de souffranees, substitué l'incontinenee d'urine par l'urètre à l'incontinenee par la vulve?

Il va sans dire que la malade et son mari ont été informés des suites nécessaires de l'opération, au cas où elle réussirait.

Voiei comment l'opération a été faite. La malade a été conchée de telle sorte que le bassin dépassât un peu le bord de la table d'opération. Les cuisses étaient maintenues écartées par deux aides, les bras et le trone étaient fixés. Le jour venait d'en haut, et les parties se présentaient bien à l'opérateur.

Une incision elliptique fut pratiquée, circonscrivant l'ouverture vaginale en arrière des petites lèvres, depuis le méat urinaire en haut, et la commissure en bas. Le bord postérieur de l'incision fut saisi avec des pinces, et la muqueuse disséquée dans l'étendue, en haut, de deux centimètres, et en bas de trois environ. Cette membrane muqueuse ainsi disséquée formait un diaphragme adhérent par la grande eireonférence, pereé d'une ouverture centrale, et présentant une face externe saignante et une autre épithéliale terminée du côté du vagin.

Dans la pensée de M. le professeur Bérard, ee diaphragme devait être excisé; mais une idée lui vint de le faire servir lui-même à l'oblitération du vagin. Une suture à points passés fut faite autour de la petite circonférenee. Les deux bouts du fil furent laissés pendants hors de la vulve, puis une sonde de Belloc, introduite par le eanal de l'urètre, fut, en passant par l'ouverture vésico-vaginale, ramenée dans la petite circonférence. Les deux bouts du fil y furent fixés et retirés avec elle par le canal de l'urètre. La sonde de Belloc fut alors remplacée par une bougie en gomme élastique destinée à faciliter l'écoulement des urines et à donner attache aux fils. Elle fut solidement fixée. En tirant ees fils, la petite circonférence du diaphragme fut froncée absolument

comme l'ouverture d'une bourse, et, tirés davantage, cette surface décollée était portée en arrière et offrait l'aspect d'un cône creux, dont une traction plus considérable encore mit les parois en contact. Les surfaces desquelles le lambeau circulaire de membrane muqueuse a été détaché furent affrontées, et maintenues en contact par cinq points de suture enchevillée.

Après avoir de nouveau pris garde que la sonde fût bien fixée, M. Bérard prescrivit un pansement à l'eau froide; il fit placer la malade sur un lit à plan incliné de la tête aux pieds; un bassin destiné à recevoir l'urine fut placé entre les cuisses, et la malade fut entourée de tous les soins possibles.

Pendant trois semaines, aucun accident n'est venu entraver les suites de l'opération; tout donnait les plus grandes espérances de réussite; la cicatrisation était presque complète; l'urine s'écoulait claire et limpide par la sonde placée à demeure dans le canal; la malade se levait déjà et était dans un état tel que l'on pouvait concevoir l'espoir d'un entier succès, lorsqu'il se développa tout à coup, à la suite d'un refroidissement, des accidents inflammatoires du côté du péritoine auxquels la malade a succombé le dix-septième jour après l'invasion des premiers accidents.

A l'autopsie, on a trouvé une péritonite partielle et disséminée très-intense. Les deux plèvres étaient aussi le siége de l'inflammation. Les parois de la matrice adhéraient entre elles, tous les autres organes étaient sains. La vulve était presque entièrement oblitérée. Inférieurement et supérieurement il existe seulement deux petits pertuis; l'inférieur communique dans le vagin, le supérieur dans la vessie. Deux stylets passés dans l'un et dans l'autre de ces pertuis se rencontrent au milieu de la fistule. La partie adhérente de la vulve est longue de deux centimètres et épaisse de six millimètres; elle est constituée par la cloison antérieure de la vulve.

On voit que cette observation est encore impuissante à résoudre le problème de l'utilité et de la convenance de l'opération de l'infibulation comme traitement des fistules vaginales incurables par d'autres procédés. M. Vidal, à toutes les objections qui ont été faites à sa méthode, répond que ce sont de pures assertions que rien ne légitime: nous désirons qu'un succès éclatant lui fournisse une réponse plus péremptoire.

Sur les douleurs syphilitiques. — La syphilis peut donner lieu à deux ordres de douleurs qui sont loin de présenter les mêmes caractères. Les unes, siégeant vers les extrémités articulaires des os, se déplacent facilement et ont quelque analogie avec les douleurs rhumatismales.

Celles-ci sont assez rapprochées ordinairement de l'accident primitif : elles appartiennent aux symptômes secondaires. D'autres douleurs, dites ostéocopes, sont fixes et persistent dans un même point ; elles sont bien souvent le prélude de périostoses, et appartiennent à une période plus avancée de la maladie. Ces deux ordres de douleurs ont pour caractère commun d'être plus intenses pendant la nuit.

Nous avons recueilli à la clinique de M. Ricord une observation remarquable dans laquelle on verra ces deux ordres de douleurs exister en même temps chez un même individu. Elles ont cédé à un traitement combiné (par l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure).

Un homme âgé de trente ans, couché dans la salle 10, est entré à l'hôpital du Midi. Il y a un an, ce malade a contracté un chancre induré. Deux mois après le début du chancre, il a eu des plaques muqueuses à la gorge. Ces accidents ont été vus et traités par M. Ricord. Depuis environ un mois, ce malade est affecté de douleurs dans les cuisses ; leur plus grande intensité est au voisinage de l'articulation du genou (dans les condyles fémoraux). De là ces douleurs se propagent dans les muscles de la cuisse et viennent se perdre vers la moitié de la hauteur de ce membre. Elles n'augmentent pas sous la pression. En outre de ces douleurs, il en est survenu d'autres qui occupent des points limités du crâne : elles siégent sur les deux pariétaux. Celles-ci sont beaucoup plus intenses que les précédentes ; elles sont fixes, elles augmentent sous la pression. Les unes et les autres s'exaspèrent pendant la nuit. Le malade n'a pas dormi depuis quinze jours. — *Prescription :* 1 pil. de proto-iodure de mercure, 1 gramme iodure de potassium. Dix jours après l'entrée du malade, les douleurs des cuisses avaient entièrement cessé ; mais celles du crâne conservaient encore la même intensité. On n'a plus donné de mercure, mais on a porté successivement la dose d'iodure de potassium jusqu'à 3 et 4 grammes. Ce n'est cependant que vers la fin du mois de janvier que les douleurs ont commencé à diminuer ; à partir de ce moment, leur disparition complète n'a pas tardé à avoir lieu. Le malade est sorti le 18 février, déjà bien guéri depuis environ quinze jours.

Lipôme occupant la paume de la main. — Difficulté du diagnostic. — Opération. — Guérison. — Un garçon boucher, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'hôpital Beaujon pour y être traité d'une tumeur qu'il portait depuis treize ans à la paume de la main droite. Cette tumeur, petite d'abord et longtemps stationnaire, avait fait depuis deux ans de rapides progrès. Lors de l'entrée du malade, elle s'étendait depuis la base de l'éminence hypothénar

jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt, et depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau de l'axe du doigt médius. Cette tumeur était légèrement bosselée, sans changement de couleur à la peau, indolente, molle, élastique, et en apparence parfaitement fluctuante. En pressant transversalement la base, on sentait un bruit de frottement offrant de l'analogie avec celui que fait percevoir le kyste hydatifère. Elle paraissait du reste placée entre la peau et l'aponévrose palmaire. M. Robert crut à l'existence d'un kyste. M. Marjolin partagea cette opinion. Il fut convenu qu'une ponction serait faite avec un trocart; que si le kyste pouvait être vidé, une injection iodée y serait faite immédiatement; et que s'il survenait de l'inflammation, on ouvrirait largement la poche pour la soumettre à des irrigations continues d'eau froide. — Le trocart fut plongé dans cette tumeur; mais il ne s'écoula aucun liquide, et la canule ne put se mouvoir dans son intérieur. Il fut dès lors évident qu'il s'agissait d'une tumeur solide. Une incision cruciale fut donc immédiatement pratiquée sur elle : c'était un lipôme placé entre la peau et l'aponévrose palmaire. M. Robert voulut chercher la cause de la sensation de frottement qu'il avait éprouvée en pressant cette tumeur. Il trouva celle-ci formée de deux parties : une postérieure, plus large, ayant la forme d'une gouttière profonde ; une antérieure, cylindroïde, logée dans cette gouttière, et placée de telle sorte que lorsqu'on pressait la base de la tumeur sur les côtés, la gouttière tendait à se rétrécir, à s'oblitérer même, et à chasser la portion cylindroïde qui, s'échappant en avant, produisait un bruit de frottement très-remarquable. Le lypôme ayant été extrait, il restait à la place une vaste poche dont la paroi superficielle était constituée par la peau amincie qu'on ne pouvait approcher de la paroi profonde qu'en la plissant, circonstance incompatible avec la réunion immédiate. Fallait-il exciser une portion de cette peau ? M. Robert préféra la réunion secondaire, qui offrait l'avantage de développer une inflammation suppurative à la surface interne du derme, et qui en détermina la réduction dans des limites suffisantes. Aujourd'hui la plaie est presque entièrement guérie. Ce fait, qui montre toute la difficulté dont s'entoure le diagnostic des tumeurs, constate encore, suivant M. Robert, 1° l'énergie et la rapidité de la puissance rétractile ; 2° l'influence qu'exerce sur cette rétractilité l'inflammation suppurative; 3° l'emploi que l'on peut faire de la réunion secondaire au traitement des plaies résultant de l'extirpation de tumeurs qui ont distendu et aminci la peau.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*Des injections d'eau tiède comme moyen de hâter le travail de l'*). La première idée de ce moyen a été empruntée à la médecine vétérinaire. Un fermier des environs d'Edimbourg ayant une vache d'un prix considérable en travail d'enfantement, et voyant que la délivrance était très-difficile, alla consulter un vétérinaire distingué, M. Dick, qui lui conseilla les injections utérines. Aussitôt il introduisit six ou huit pintes d'eau tiède, après avoir élevé le train de derrière de l'animal avec une botte de paille pour empêcher le liquide de s'écouler. On se servit pour cette injection d'un tube flexible qu'on fit pénétrer entre les parties du fœtus qui se présentaient. L'eau de l'amnios était sortie depuis longtemps. Bien que la mère semblât épuisée au point de ne pouvoir mettre bas spontanément, cinq minutes après l'injection une douleur énergique se déclara, et le petit veau sortit plein de vie. La vache se rétablit sans accidents. — Le fermier ayant parlé de ce fait à un médecin-accoucheur de son voisinage, celui-ci se proposa d'appliquer à la première occasion ce procédé sur la femme. Et, en effet, chez une malade où le forceps semblait indispensable pour terminer le travail, l'injection d'une pinte d'eau tiède réveilla les douleurs naturelles, et l'accouchement eut lieu avec le plus heureux résultat pour la mère et pour l'enfant. Les choses se passèrent de la même manière dans un second cas où, sans ce secours, la version par les pieds eût été jugée nécessaire. — Bien qu'on pût désirer plus de précision dans l'exposé soit des indications, soit du procédé opératoire, soit de ses effets, nous pensons que ces observations seront lues avec intérêt; car le moyen dont elles tendent à démontrer la valeur se recommande par la double condition d'une prompte efficacité et d'une innocuité à peu près incontestable. (*Gazette médicale*, janvier 1845.)

AMAUROSE ET CATARACTE *sur les trois lumières de l'œil pour servir au diagnostic de ces affections.* Il peut y avoir discussion et controverse sur un point de doctrine; il peut y avoir des contradicteurs pour un fait très-simple et des mieux établis de la thérapeutique; mais lorsqu'un moyen de diagnostic est vrai, patent, incontestable, il ne saurait y avoir d'opposition, car il est du ressort du toucher, de l'ouïe, de la vue, des sens en un mot. Or, il est incontestable pour nous que tout moyen certain de diagnostic fera vite son chemin et se répandra dans la pratique. Tel n'a pas été le sort des trois lumières de l'œil signalées, en 1837, par le professeur Sanson, pour distinguer l'amaurose des cataractes capsulaires commençantes. Pourquoi ce procédé, qui a fait tant de bruit dans le temps, est-il à peine employé aujourd'hui? Est-ce, comme le pense M. le docteur Magne, dont nous avons l'article sous les yeux, à la défectuosité des précautions que l'on prend pour obtenir le phénomène dans toute sa vérité diagnostique, ou bien faut-il en accuser le procédé lui-même? Sans vouloir trancher absolument la question, nous pouvons dire que c'est pour nous déjà un jugement défavorable que cet oubli dans lequel est tombée cette découverte.

Disons un mot du moyen en lui-même, ajoutons-y les explications récentes de M. Magne. Les praticiens auront dans cet exposé les moyens de vérifier les faits.

Sanson avait observé que lorsqu'on plaçait une bougie devant l'œil d'un amaurotique dont la pupille avait été dilatée, l'on distinguait toujours trois lumières ou plutôt trois images de la flamme se succédant d'avant en arrière. La première, l'*antérieure*, la plus vive, est *droite;* la seconde, ou *moyenne*, plus pâle, est *renversée*, et la troisième, ou postérieure, la plus pâle des trois, est *droite* comme la première. Sanson et ses élèves établirent par des expériences: « que l'image *droite antérieure* est produite par la cornée, que la *moyenne, renversée*, l'est par le segment postérieur de la capsule du cristallin, enfin que la *droite postérieure* est produite par le segment antérieur de la capsule du cristallin. » Il s'ensuit que l'opacité de la cornée détruit les trois images; que l'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux

images antérieures; enfin que l'opacité de la capsule postérieure empêche la production de l'image renversée. En d'autres termes : dans la cataracte capsulaire postérieure, on ne voit pas la lumière moyenne ou renversée; dans la cataracte capsulaire antérieure, la lumière antérieure droite est seule visible, de même que dans la cataracte capsulo-lenticulaire. — Conclusion : une cataracte même commençante peut toujours être distinguée de l'amaurose et du glaucôme.

Voilà le principe qui est fort simple et que M. Magne maintient comme parfaitement exact. Pourquoi donc tant de chirurgiens ont-ils rejeté sur l'infidélité du procédé de Sanson leurs erreurs de diagnostic? parce qu'ils n'avaient point examiné l'œil dans des conditions convenables, répond M. Magne. Quelles sont ces précautions capitales? 1° De dilater largement la pupille au moyen de la belladone. — Si l'on veut obtenir une dilatation immédiate, M. Magne nous indique un moyen : on instillera dans l'œil quelques gouttes de l'atropine du docteur OEhler (5 centigrammes d'atropine pour une millerée d'eau); en quelques minutes l'iris en a perçu l'effet et la pupille est dilatée. Il faut recommander au malade, malgré la douleur et l'épiphora, qui sont du reste passagers, de tenir les paupières parfaitement closes après l'instillation, sans quoi la liqueur délayée par les larmes coulerait avec elles, et l'effet n'aurait pas lieu.—2° Un autre précepte non moins important c'est que l'examen de l'œil se fasse dans une obscurité complète.

M. Magne cite cependant deux cas de cataracte commençante où l'on peut distinguer la triple lumière. 1° Lorsque la cataracte est si peu intense qu'elle consiste uniquement en un léger nuage à travers lequel les rayons pénètrent avec peine, les lumières que l'on remarque, dit-il, ne ressemblent point à celles que l'on voit dans un œil sain ou amaurotique : l'antérieure seule est brillante, les autres sont tellement pâles que cette pâleur est un avertissement pour le chirurgien. 2° Lorsque l'opacité a débuté par la circonférence et n'affecte qu'un point limité du cristallin, la lumière présentée vis-à-vis les parties intactes présentera les trois images; ce ne sera que lorsque la lumière se trouvera vis-à-vis le point opaque que l'on n'aura plus qu'une ou deux lumières suivant les cas. Pour trouver ce point, il faudra imprimer à l'œil des mouvements en tous sens et lui présenter un objet qui suit tous ces mouvements. Quand l'objet se trouvera dans la direction du noyau de la cataracte, il ne sera pas aperçu par le malade. Placé ainsi sur la voie, le chirurgien fera mouvoir la bougie en cet endroit, et il obtiendra le phénomène. (*Gazette médicale*, janvier 1845.)

ANGINE DE POITRINE (*Observation d'*) *présentant des phénomènes extraordinaires*. Malgré des travaux nombreux qui ne manquent ni d'importance ni d'intérêt, la science pratique est fort peu avancée sur ce qui concerne l'angine de poitrine. Le siége, la nature de cette singulière affection sont encore aussi obscurs que du temps de Sauvages qui, le premier, attira l'attention sur cette maladie; et quant au traitement, il est difficile de rien rencontrer en thérapeutique de plus incohérent et de plus opposé que les moyens divers qui ont été préconisés. Cependant, si tous les auteurs sont d'accord sur la gravité de la maladie, tous aussi rapportent des exemples de guérison; l'angine de poitrine est donc, en quelques circonstances, curable, ce qui doit encourager les praticiens à recueillir et à publier de nouveaux faits, seule base solide qu'on puisse donner à la thérapeutique. C'est ce qui nous engage à reproduire les principales circonstances du fait suivant publié par M. le docteur Beydler, quoiqu'il n'ait point eu une terminaison heureuse, mais parce qu'il a présenté quelques phénomènes qui ne nous paraissent pas encore avoir fixé l'attention des observateurs.

Un homme de quarante-deux ans, d'une constitution nervoso-lymphatique, marié, ancien boulanger, actuellement cabaretier, vint auprès de M. Beydler réclamer une saignée, le 6 mai dernier, pour une toux et une oppression de poitrine qui l'incommodaient depuis quelque temps. Cet homme raconta que, depuis six à sept ans il était atteint d'une affection des bronches qu'il regardait comme le résultat d'un catarrhe négligé, qui le mettait dans l'obligation de se faire saigner deux à trois fois dans l'année et qui l'avait forcé à changer d'état. Le 20 du même mois, il revint accusant une oppression plus grande, des intermittences dans le pouls et

un ensemble de symptômes qui parut indiquer l'administration de l'émétique en lavage, dont le résultat ne fut pas favorable. Voyant la faiblesse et l'intermittence du pouls, l'auteur prescrivit une mixture antispasmodique, composée d'éther sulfurique alcoolisé, d'assa-fœtida et de teinture de digitale pourprée.

Dans la nuit du 21 au 22, le malade éprouve une attaque alarmante. Une douleur déchirante, constrictive, accompagnée d'un sentiment d'angoisse excessivement pénible, de suffocation, l'agitait. Le siége du mal, selon le malade, est surtout à la partie postérieure du sternum. Agitation, inquiétude, anxiété; le malade croit qu'il va succomber à ses horribles souffrances; sueurs froides par tout le corps, mais surtout à la face et au front; pouls fréquent, accéléré, assez élevé, ayant perdu entièrement son rhythme intermittent; intelligence intacte. Large saignée de 22 onces; à mesure que le sang s'écoule, amélioration; la douleur sternale, l'angoisse et tous les symptômes du paroxysme diminuent. Vers le matin, éructations fréquentes, sueurs chaudes et critiques, qui viennent mettre fin à cette nuit orageuse.

Le lendemain, état assez rassurant. Le sang conservé offre un caillot serré, couenneux, nageant au milieu d'une grande quantité de sérum; le pouls, faible et devenu pour ainsi dire lent, a repris son rhythme irrégulier et intermittent. Le malade faisant remarquer que son état s'aggrave toujours vers cinq à six heures du soir, M. Beydler est porté à croire à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse, et de concert avec M. Guislain, il administre le sulfate de quinine. Une heure après la première administration, nouvel accès aussi intense que celui que nous avons décrit, mais dont une large saignée abrége la durée. Urines pâles, aqueuses, citrines. Le sang présente encore une *couenne inflammatoire*, et même mieux caractérisée que dans la précédente saignée. M. Guislain diagnostique alors une angine pectorale. Jusqu'au 4 juin, le malade eut des alternatives de bien et de mal, les accès se renouvelèrent plusieurs fois malgré la continuation du sulfate de quinine, et toujours en laissant le patient dans un état de débilité plus prononcée, ce qui fit renoncer aux saignées et aux débilitants. Le 4 juin, accès violent qui se répète tous les jours, jusqu'au 10 que le malade succombe au milieu d'un paroxysme atroce.

Toutes les instances pour pratiquer l'autopsie furent inutiles, et cela est bien regrettable. Remarquons dans cette observation ce fait curieux, qui ne nous semble pas encore avoir été noté dans les faits de ce genre, savoir, la présence d'un caillot fibrineux et d'une couenne épaisse dans une affection qu'il est impossible de rattacher à l'inflammation. On est souvent surpris de rencontrer cette couenne dans les affections qui sont considérées comme des états morbides opposés à l'inflammation. On sait que d'après les recherches de M. Andral, la condition essentielle qui paraît présider à la formation de la couenne est l'augmentation *relative* de la fibrine par rapport aux globules, et non la simple augmentation de la quantité de fibrine. Dans les phlegmasies, il y a augmentation réelle et absolue de fibrine. Dans d'autres cas, la fibrine restant la même, les globules diminuent et descendent au-dessous de la normale. On voit alors la couenne se former, et elle devient aussi parfaite, aussi belle que dans l'inflammation: ses bords se renversent et donnent au caillot la forme d'un godet; c'est ce qui a lieu dans les chloroses les plus intenses. Dans le fait que nous venons d'analyser, nous croyons avec l'auteur que, malgré la présence de la couenne et d'un caillot très-dense, rien n'indiquait un état phlegmasique, et que c'est avec raison qu'on renonça aux saignées et aux débilitants. (*Ann. de la Société de méd. de Gand*, décembre 1844.)

ANGINE TONSILLAIRE AIGUË (*Des bons effets de la résine de gaïac sur l'*). C'est M. le docteur Bell, de Barhead, qui proposa, il y a quelques années, mais sans attirer beaucoup l'attention des praticiens, la résine de gaïac à haute dose dans le traitement de l'angine tonsillaire. M. le docteur Morris a essayé ce moyen d'une manière suivie, et il assure qu'il offre de notables avantages. Dans la plupart des cas, il lui a semblé utile d'administrer quelques laxatifs; ordinairement, il commence par un émétique qu'il fait suivre d'un purgatif; puis, il donne la résine à la dose d'un gramme dans une potion, trois fois par jour. La ra-

pidité avec laquelle ce remède amène un notable changement est tout à fait extraordinaire, dit M. Morris. Son action évidente est, en général, d'augmenter les sécrétions, spécialement celles de la peau et des reins, et en même temps de procurer un rapide soulagement des accidents inflammatoires. L'auteur cite plusieurs faits à l'appui de son dire; nous lui emprunterons le suivant, qui nous paraît plutôt une note, un souvenir clinique, qu'une observation véritable.

« 12 septembre 1844. — M. D***, 68 ans, un jour de maladie : amygdales très-rouges et volumineuses; douleur et difficulté pour avaler; pouls fréquent; langue très-sale, couverte d'un enduit brunâtre; un peu de constipation. Pilules d'extrait de coloquinte composé, 10 grains; prendre trois fois dans la journée trente grammes de la potion suivante: résine de gaïac, 15 grammes, mucilage et sirop, de chaque 30 grammes, eau de casse, 15 grammes; eau, 180 grammes. — 13 septembre. Amygdales beaucoup moins grosses, langue presque nette. Continuer la potion. — 14 septembre. Les amygdales ont repris leur volume normal. »

Nous ferons observer d'abord que l'angine tonsillaire simple est, en général, une maladie peu grave, qui guérit spontanément après une durée plus ou moins longue; ensuite que, dans tous les faits de M. Morris, il est question de purgatifs et de vomitifs; qu'il est généralement admis, et c'est même une très-ancienne pratique, qu'une dérivation gastro-intestinale est souvent utile en cas pareil, et que, par conséquent, rien ne prouve que la résine de gaïac ait ici une action particulière et favorable. (*Rev. médicale*, janvier 1845.)

ASCITE (*Sur l'écoulement continu du liquide comme traitement de l'*). M. Giovanni Pagano raconte qu'un homme de trente ans eut, à la suite de fièvres intermittentes mal soignées, un engorgement chronique de la rate qui, à son tour, produisit une ascite. Divers traitements furent essayés sans succès; deux fois d'abord on fit la ponction. L'auteur lui-même se vit obligé d'y avoir recours comme moyen palliatif. Or, il arriva que l'ouverture faite par le trocart ne voulut plus se fermer et laissait échapper tous les jours une quantité assez notable de liquide. Comme il vint à l'idée de l'auteur qu'il en résulterait quelque avantage pour le malade, il l'empêcha ensuite de se cicatriser. Et, en effet, le ventre se vida; les remèdes internes opérant alors la résolution de l'engorgement splénique, il ne se fit plus de sécrétion de liquide; alors on permit à l'ouverture de se cicatriser, et le malade fut complétement guéri au bout de cinquante jours.

M. Pagano, étayant ce fait de quelques autres connus dans la science, où des hydropisies se sont dissipées sous l'influence d'un écoulement continuel par une ouverture, soit naturelle, soit artificielle, et s'appuyant, en outre, de l'autorité de plusieurs chirurgiens, notamment de M. Baudens, cherche par divers arguments à prouver que l'on éviterait les dangers ordinaires de la paracentèse si, au lieu d'évacuer brusquement la sérosité, on en obtenait un écoulement lent et incessant. Pendant ce temps-là, on traiterait convenablement la maladie à laquelle se rattacherait la suffusion séreuse. Quant à l'instrument proposé par l'auteur, il se réduit à une corde à boyau maintenue dans l'ouverture, et que l'on retire tous les deux ou trois jours pour laisser écouler la sérosité. Il est bien entendu que l'auteur ne recommande ce moyen que dans les ascites chroniques sans phénomènes inflammatoires, et principalement dans celles qui se rattachent au développement de tumeurs susceptibles de résolution. (*Il Filiatre sebezio*, et *Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, février 1845.)

AVOINE (*Nouvel emploi thérapeutique de l'*). Un médecin belge, M. le docteur Thémont, d'Ath, vient nous proposer un nouveau diurétique. Un diurétique! rien n'est plus facile à avoir sous la main : pourquoi en proposer un nouveau? Voilà ce que quelques-uns diront. Cependant il n'en est point ainsi, et un certain nombre de médecins nient même qu'il existe de véritables diurétiques; nous ne sommes pas de ceux-là, mais nous en circonscrivons beaucoup le nombre. L'avoine jouit-elle de la propriété que lui a reconnue M. Thémont? c'est à l'expérience de prononcer. — C'est sous forme de décoction que la donne notre confrère.

Avoine, deux fortes poignées.

Eau, trois litres.

Faites bouillir jusqu'à ce que le liquide soit réduit à deux litres. On

tire à clair et on en donne de temps en temps une tasse. M. Thémont a vu, dans un cas d'hydropisie par hypertrophie du cœur, une diurèse abondante s'établir dès le troisième jour de l'usage de cette décoction, et cette diurèse, qui continua plusieurs jours, termina l'hydropisie, laquelle se reproduisit sans doute bientôt.

BRUCINE (*Emploi de la*) *dans les paralysies*. MM. Trousseau et Pidoux ont rejeté l'emploi de la brucine comme inutile, cette substance, disent-ils, ayant trois fois moins d'énergie que la strychnine. M. Bricheteau trouve cette proscription injuste; il trouve à la brucine des propriétés spéciales réelles, et c'est précisément parce qu'elle est douée de propriétés énergiques moindres que la strychnine, médicament si dangereux et si difficile à manier, qu'il serait porté à la lui préférer comme plus commode, et pouvant donner lieu à moins d'accidents. Du reste, il s'est bien trouvé de son emploi dans quelques circonstances qu'il rapporte, et parmi lesquelles nous choisirons le fait suivant. Une femme de cinquante-huit ans fut apportée à l'hôpital, paraplégique, ne pouvant en aucune manière remuer les membres inférieurs, condamnée au repos du lit, et là à l'immobilité la plus complète. Les selles étaient rendues involontairement; la sensation du besoin d'aller à la garderobe était perdue. La vessie avait perdu l'intégrité de ses fonctions. Tous ces désordres dataient d'un mois seulement; ils avaient été précédés de coliques et de douleurs très-vives dans la région des reins. Rien du reste pour expliquer l'origine de la maladie. La brucine fut prescrite immédiatement. Une première dose de deux centigrammes fut tellement mal supportée, qu'il fallut, le lendemain, la réduire à un centigramme; et plus tard il a fallu toujours mettre la plus grande circonspection dans l'augmentation progressive des doses. Du reste, l'amélioration se montra dès les premiers jours; les selles recommencèrent à devenir volontaires; la malade recouvrait quelques mouvements dans les jambes, bientôt elle put les remuer, puis les soulever dans son lit. Après six semaines la défécation fut complétement rétablie. La malade se levait seule, marchait dans les salles et dans les cours à l'aide d'une chaise dont elle se servait comme point d'appui en la faisant avancer au-devant d'elle. Bientôt après, elle put se passer de ce point d'appui, et marcher sans aucun secours, du moins quelque temps; car sa démarche restait mal assurée, titubante, et surtout ne pouvait être prolongée longtemps. Mais cette amélioration ne s'est pas soutenue, et sans indiquer ce qui est advenu chez cette malade, M. Bricheteau annonce que ses espérances ont été trompées. Quatre autres paralytiques ont été traités par la brucine; un seul a obtenu une amélioration notable. (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1845.)

BRULURES (*Du traitement des*) *par le liniment oléo-calcaire uni au coton cardé*. Lorsqu'en 1842, sur une première communication de M. le docteur Payan, et quelque temps après à l'occasion d'un malheureux accident arrivé sous notre toit et sur notre cher enfant, nous appelions l'attention des praticiens sur le traitement proposé par l'honorable médecin d'Aix, traitement qui avait été suivi d'un succès rapide et complet, nous pressentions que de nouveaux faits ne tarderaient pas à sanctionner une méthode qui nous avait procuré une si grande et une si douce satisfaction. (Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXIII, p. 381 et 452.) Plus tard, M. le docteur Espezel nous adressa en effet des observations nouvelles, confirmatives de celles de M. Payan (Voy. T. XXVI.) C'est aujourd'hui M. Payan lui-même qui apporte un nouveau contingent de faits à l'appui de son traitement. On sait que c'est surtout sur les brûlures de l'enfance, si fréquentes et si dangereuses par le rapide épuisement nerveux que la douleur occasionne à cet âge, que le traitement de M. Payan a été surtout appliqué. Il rapporte de nouveaux faits de ce genre, parmi lesquels nous choisirons celui-ci, qui nous permettra en même temps de reproduire, car la répétition des choses vraiment utiles est souvent nécessaire, la formule de ce praticien distingué.

Un jeune garçon de trois ans avait eu la partie externe de l'avant-bras gauche et une partie de la main du même côté brûlés avec de l'eau bouillante. La brûlure datait d'une heure. Les débris des phlyctènes encore existantes indiquaient une brûlure au second degré dans

une bonne partie de son étendue. L'enfant criait beaucoup, quoiqu'on se fût hâté de le panser avec de la râpure de pommes de terre crues.

« J'envoyai prendre aussitôt, dit M. Payan, du coton en rame et un liniment oléo-calcaire préparé d'après la formule suivante :

Prenez :

Huile d'amandes douces, 30 gramm.
Eau de chaux . . . . . . 90 gramm.

Mêlez par agitation.

« Cette formule, dans laquelle une partie d'huile d'amandes douces est mélangée à trois parties d'eau de chaux, nous paraît convenable à employer, et c'est à elle que nous nous sommes tenu quelques autres fois depuis. Après donc avoir dépouillé la brûlure de la pâte de pommes de terre crue dont elle avait été couverte, j'enduisis les parties lésées avec le liniment, et par-dessus j'appliquai le coton cardé, qui fut maintenu en place par un simple bandage. Peu de temps après, l'enfant cessa de souffrir. Au onzième jour, la cicatrisation était complète, sans qu'il eût été nécessaire de renouveler le pansement. Aucune gêne dans les mouvements de la partie, ni aucune cicatrice vicieuse ne s'ensuivirent. »

Mais s'il paraît incontestable aujourd'hui que cette méthode de traitement est extrêmement utile dans les brûlures des jeunes enfants, il était intéressant de voir si son efficacité serait la même sur des sujets plus avancés en âge. A cet égard, M. Payan cite un fait très-encourageant. Il s'agit de la femme d'un fabricant d'allumettes phosphoriques qui eut les deux mains, les deux avant-bras et la presque totalité de la face brûlés par l'explosion de matières fulminantes. Les brûlures étaient presque toutes au second degré, et même sur le côté droit de la face, la désorganisation du derme était complète. Le liniment oléo-calcaire fut appliqué deux heures après l'accident de la manière sus-indiquée, et le dixième jour une grande partie des brûlures étaient cicatrisées, le quinzième la brûlure la plus grave l'était aussi.

M. Payan insiste pour recommander la rareté des pansements ou plutôt du renouvellement du coton directement en contact avec les surfaces blessées; c'est, dit-il, une condition propice à la rapidité de la guérison, lorsque la surabondance de la suppuration ne rend pas ce soin absolument nécessaire. M. Payan ne pense pas non plus que la substitution de tout autre topique adoucissant, tel que le blanc d'œuf battu, l'huile d'olive, etc., au liniment oléo-calcaire puisse être indifféremment faite. M. le docteur Espezel s'est également assuré de ce fait d'une manière directe, comme l'atteste le travail que nous avons déjà mentionné de lui.

Ces nouveaux faits de M. Payan sont très-dignes d'attention et populariseront sans doute un moyen qui a déjà rendu de grands services, moyen préconisé par un praticien aussi éclairé, et que le *Bulletin de Thérapeutique* est heureux de compter au nombre de ses lauréats. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, février 1845.)

CATHÉTÉRISME (*Sur un nouveau moyen de pratiquer le*). On sait combien le cathétérisme est difficile et dangereux, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles, et de combien d'accidents graves il devient la source entre les mains des praticiens vulgaires, non-seulement quand il s'agit de rétrécissements de l'urètre, mais encore dans les cas plus simples où le canal est libre. M. Maisonneuve a lu récemment un mémoire intéressant sur ce sujet, à l'Académie des sciences. Il propose un moyen nouveau. Depuis qu'il l'emploie, il n'a encore rencontré aucun obstacle sérieux; il n'a vu aucun accident en être la suite, non-seulement dans ses mains, mais encore dans celles des élèves de Bicêtre, qui l'ont adopté comme méthode générale. Voici quel est ce moyen : on introduit d'abord dans l'urètre une bougie de gomme élastique très-fine, et on fait glisser sur cette bougie une sonde ouverte à ses deux bouts et proportionnée au calibre du canal. Cette introduction de la sonde est rendue facile au moyen d'un fil de soie ou de métal que l'on fixe à l'extrémité externe de la bougie, après l'avoir préalablement passé dans le canal de la sonde. Il suffit, en effet, de pousser doucement la sonde sur la bougie conductrice pendant qu'on tend le fil, pour la faire pénétrer jusque dans la vessie. Les avantages les plus saillants que M. Maisonneuve signale dans cette méthode, c'est de mettre complétement à l'abri des tâtonnements douloureux, des déchirures du canal, des fausses routes et des nombreux accidents qui en sont la suite; de n'exiger aucune habileté spéciale, et de pouvoir être pratiquée

par les mains les moins exercées ; cette modification rend enfin inutile tout l'arsenal d'instruments proposés pour vaincre les obstacles divers, et n'exige l'emploi que d'instruments usuels. — Une discussion sur ce sujet a été élevée au sein de la Société de chirurgie. Plusieurs objections ont été faites. En voici le résumé. Le procédé de M. Amussat est absolument celui de M. Maisonneuve ; il n'y a que cette différence, c'est que le mandrin conducteur du premier est en argent, tandis que l'autre est en gomme élastique. Du reste, ces deux moyens ne sont pas capables de surmonter tous les genres d'obstacles dans le cathétérisme de l'urètre. Au demeurant, si, au moyen du conducteur solide de M. Amussat, ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on parvient à pousser la sonde à travers un rétrécissement, que doit-ce être lorsqu'on a pour mandrin une bougie fine en gomme élastique, qui ne peut présenter une résistance suffisante? Du reste, comment concevoir que l'on puisse tendre la bougie conductrice en tirant le fil de soie qui, attaché à son extrémité, est enfilé à travers la sonde? Pour tendre cette bougie, il faut tirer sur elle par l'intermédiaire du fil; et ne peut-on pas la faire sortir de l'urètre ou tout au moins du rétrécissement? Si M. Maisonneuve a si souvent réussi dans les essais qu'il a faits du procédé qu'il propose, c'est qu'il a pratiqué exclusivement sur des vieillards; et que chez ceux-ci, neuf fois sur dix, l'obstacle est à la prostate, et la rétention d'urine est causée par l'engorgement de cette glande. (*Compte-rendu de la Soc. de chirurg. de Paris*, janvier 1845.)

— Tel est le résumé de ce qui a été dit à la Société de chirurgie sur ce sujet. Nous irons plus loin que M. Malgaigne, dans la revendication de la priorité qu'il a réclamée pour M. Amussat. Nous dirons que le moyen proposé par M. Maisonneuve est *identiquement* le même que celui de ce chirurgien, lequel, du reste, n'avait que perfectionné les procédés de Dessault, de Nauche et de M. Civiale. Nos preuves seront convaincantes; nous les puiserons dans notre propre journal, tome VIII, année 1835. Nous lisons en effet, à la page 111 de ce volume, les détails de la pratique suivante:

... « Attachez un fil de lin de la longueur d'un pied et demi au bout extérieur de la bougie placée; passez le bout libre de ce fil dans l'intérieur d'une sonde de gomme élastique. Faites sortir ce fil par l'autre extrémité de cette sonde à l'aide d'un long stylet; engagez ensuite l'extrémité de la sonde dans le bout externe de la bougie qui est dans la vessie; poussez doucement dans l'urètre en vous servant de la bougie comme d'un mandrin. On fait de la sorte parcourir à la sonde tout l'espace occupé par la bougie jusque dans la vessie; on retire alors la bougie à travers la sonde à l'aide du fil dont nous avons parlé... »

Est-ce clair? N'est-ce pas là dans tous ses détails le procédé donné comme nouveau par M. Maisonneuve!

CAUTÉRISATION (*Possibilité d'appliquer le potassium à la*). M. Chevallier ayant recueilli, dans une conversation avec M. le professeur Duméril, l'idée que l'on pourrait faire servir le potassium à la cautérisation, désire fixer sur ce point l'attention des praticiens, qui, seuls, peuvent établir la valeur de ce moyen. Il pense qu'à l'aide de ce métal on pourrait faire disparaître l'appareil effrayant des fourneaux et des fers rouges. Le potassium pourrait être réduit en petites lames qu'on découperait au moyen d'instruments disposés convenablement pour son application, le potassium serait porté sur le point à cautériser; là, il rencontrerait de l'humidité, il s'enflammerait et brûlerait en produisant l'effet qu'on attend d'un cautère. Nous exposons simplement l'idée de M. Chevallier; rien n'a été fait encore à cet égard pour juger ce moyen. (*Journal de Chimie médicale*, février 1845.)

ENGELURES (*Nouvelle formule d'un onguent contre les*). Nous avons dernièrement donné la formule d'une pommade employée avec avantage contre les engelures; en voici une nouvelle bien plus compliquée qui nous arrive d'Allemagne. L'invention de l'onguent est due à un curé, M. Wahler, mais les essais qui établissent sa valeur médicale sont dus à M. le docteur Bréfeld. Voici la formule:

Suif de vache.	500 gram.
Axonge de porc. . . .	550 gram.
Oxyde brun de fer.. .	60 gram.

Mêlez, faites fondre dans un vase de fer, en agitant le mélange avec une baguette de fer jusqu'à ce qu'il devienne noir; laissez déposer, puis décantez et ajoutez :

Térébenthine de Venise.	60 gram.
Huile de bergamote. . .	4 gram.
Bol d'Arménie trituré avec de l'huile d'olives.	30 gram.

Mêlez exactement et faites-en un onguent homogène.

Cet onguent convient principalement dans les cas d'engelures très-douloureuses des pieds. M. Brefeld l'a vu, dans ces circonstances, d'une efficacité vraiment extraordinaire. Lorsque les ulcérations sont profondes, que l'engorgement remonte jusqu'aux malleoles, que la plaie quelquefois même menace de gangrène, cet onguent a fait cesser rapidement les douleurs, et a amené la guérison. C'est au fer qui entre dans cette composition que ce médecin attribue les bons effets dans cette phlegmasie à caractère asthénique et ayant tendance à la putridité et à la gangrène. L'emploi de l'onguent est bien simple. On en étend sur de la toile ou sur de la charpie, et l'on fait, selon les cas, un ou deux pansements par jour. (*Caspar's Wochenschrift*, et *Jour. des Conn. méd.-chir.*, février 1845.)

ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES (*Nouvelles recherches sur les dangers et le traitement de l'*). Dans un mémoire récemment publié, le professeur Watmann, de l'Université de Vienne, examine avec le plus grand soin toutes les diverses opinions qui, depuis les recherches de Bichat, ont successivement été émises sur le mécanisme de l'introduction de l'air dans les veines, les dangers auxquels elle expose et les causes qui la déterminent : cette première partie de son travail, intéressante surtout au point de vue physiologique, n'apporte aucun élément nouveau pour la solution des difficultés qui divisent la plupart des observateurs, aussi ne ferons-nous que l'indiquer à nos lecteurs, ayant hâte de signaler ce qu'il y a surtout de pratique dans ce mémoire riche d'ailleurs d'aperçus ingénieux et de faits bien observés. De ces derniers il résulte pour l'auteur que si à la suite de l'entrée de l'air dans les veines, la mort survient plus rapidement chez l'homme que chez les autres animaux, cela ne veut pas dire que la mort ait lieu dans tous les cas de pénétration de ce fluide. L'air peut s'introduire en effet dans le système vasculaire en quantité suffisante pour occasionner des troubles graves du cœur et des organes respiratoires; et cependant l'individu peut non-seulement survivre, mais se rétablir entièrement. Quant aux vaisseaux qui par leur disposition anatomique sont plus favorables à l'introduction de l'air, M. Watmann, tout en reconnaissant que ce sont les veines de la région antérieure du cou, celles de la partie supérieure de la poitrine et de l'aisselle, indique certaines conditions particulières sous l'influence desquelles des veines placées fort loin de ces régions peuvent également se prêter à la production du phénomène dont il s'agit. Ainsi, il est certain que toutes les circonstances qui empêchent les parois des veines d'obéir à la pression atmosphérique, peuvent donner lieu à l'introduction de l'air dans l'intérieur de ces vaisseaux. Parmi ces circonstances, il faut signaler les mouvements de traction exercés par l'opérateur ou par ses aides sur des veines ouvertes et saines; l'adhérence de ces veines aux tissus voisins ou à des tumeurs; l'épaississement des parois des veines ou du tissu cellulaire environnant résultant de l'inflammation. A la suite de ces remarques fort judicieuses, l'auteur donne un tableau statistique que l'on consultera avec intérêt pour avoir une donnée exacte de la fréquence de l'introduction de l'air par telle ou telle autre veine. Ainsi, sur trente et une observations qu'il a rassemblées et dont plusieurs lui sont propres, il a trouvé 7 fois la pénétration de l'air dans la veine jugulaire interne; 5 fois dans la veine jugulaire externe; 3 fois dans la veine axillaire; 2 fois dans la veine sous-scapulaire; 2 fois dans une des veines de l'aisselle; 2 fois dans les veines qui entourent l'articulation de l'épaule; 2 fois dans les veines mammaires; 1 fois dans une des veines du cou situées entre les deux jugulaires; 1 fois dans une des veines faciales pendant l'extirpation de la glande parotide; 1 fois dans une des veines pectorales; 1 fois dans une des veines jugulaires sans autre désignation; enfin 4 fois dans d'autres veines du cou.

Le docteur Watmann consacre ensuite un long chapitre à l'étude des moyens par lesquels on peut s'oppo-

ser à l'entrée de l'air dans les veines et en combattre les effets lorsqu'elle a eu lieu.

Sous le premier point de vue, l'auteur n'ajoute rien aux méthodes d'ailleurs fort inefficaces que nous possédons; sous le second, il n'en est pas de même. La première chose à faire, dit-il, est de boucher la veine avec le doigt; il faut ensuite faire descendre le doigt vers le cœur, de manière à laisser à découvert l'ouverture. Le bruit caractéristique de la pénétration de l'air cesse au moment où on comprime avec le doigt, et, quand on a déplacé le doigt, on reconnaît l'ouverture de la veine à l'écoulement de sang qui a lieu par cette solution de continuité. Par cette méthode, qui permet de reconnaître d'une part la cause du bruit qui s'est produit à l'improviste, et de l'autre de trouver, sans coup férir, le vaisseau blessé, on peut encore s'opposer à ce qu'il pénètre dans le système veineux une trop grande quantité d'air et rappeler les malades à la vie; il reste ensuite à fermer la plaie du vaisseau. C'est ici que M. Watmann propose un procédé nouveau de ligature : il consiste à lier les bords de l'ouverture de la veine sans oblitérer son calibre. Ce procédé est préférable à tous les autres lorsque la veine qui a été intéressée rapporte le sang d'un organe important, tel que le cerveau par exemple (pourvu cependant que la plaie ne soit pas trop étendue et n'ait pas détruit une trop grande partie de la circonférence du vaisseau). C'est cette ligature que l'auteur a exécutée avec bonheur dans le cas suivant. En 1823 il faisait, sur un forgeron d'Innasbrusk, l'ablation d'une tumeur enkystée située près de la clavicule, entre les attaches sternale et claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté droit. En cherchant à séparer la tumeur à sa face postérieure et profonde, pendant qu'il y faisait une incision, il entendit tout à coup un *bruit sifflant*, et, presque en même temps, la face du malade devint pâle comme celle d'un mourant; relâchement général des muscles de la tête, enfin profonde syncope. Il plaça d'abord le doigt sur la veine, comme il a été dit plus haut, puis le malade ayant repris connaissance, il enleva légèrement son doigt et il aperçut à la partie la plus profonde de la plaie une fente longitudinale semblable à l'ouverture d'une saignée, et pratiquée sur le trajet d'un vaisseau qui se dirigeait vers la poitrine. Un examen attentif prouva que c'était bien la veine jugulaire interne qui était ainsi ouverte. Il était dangereux de lier ce vaisseau, puisque cette ligature aurait eu pour résultat de congestionner le cerveau et d'exposer à une apoplexie. L'auteur songea alors à fermer la plaie de la veine sans l'oblitérer. Voici pour cela comment il opéra. Il rapprocha les bords de l'ouverture de la veine de manière à les faire saillir légèrement, saisit obliquement la moitié supérieure de cette fente avec une paire de pinces à torsion, et, saisissant la moitié inférieure, il les ferma toutes deux. Les extrémités des deux pinces se touchaient; on passa une ligature derrière chaque pince, et on les lia sur la veine; puis les pinces furent détachées; les extrémités des fils furent ramenées vers l'angle inférieur de la plaie. Il survint alors un phénomène intéressant : on s'aperçut que les extrémités supérieures et inférieures du côté gauche étaient paralysées (les ligatures avaient été mises à droite). Vingt-quatre heures après il survint des douleurs dans les membres paralysés. Ces douleurs furent suivies de contractions spasmodiques qui durèrent trois jours; après elles, le mouvement et le sentiment reparurent aussi parfaits qu'auparavant; les ligatures tombèrent au douzième jour; la guérison fut complète au vingtième. (*Arch. gén. de médecine*, janvier 1845.)

ÉPANCHEMENT SANGUIN (*De l'écrasement comme moyen thérapeutique de l'*). C'est à l'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire à la suite d'une violente contusion que M. Velpeau propose d'appliquer l'écrasement comme méthode générale de traitement; ce praticien en a, dit-il, retiré des avantages marqués, et le fait suivant vient encore augmenter le nombre des succès qu'il a obtenus.—Joseph Vanclot, charretier, âgé de 22 ans, se présenta le 18 novembre à la Charité pour une contusion à la jambe droite dont la tuméfaction était considérable, le membre avait un tiers de plus que son volume ordinaire. L'exploration de la jambe du malade fit reconnaître une vaste collection siégeant sur le devant et à la partie interne du tibia : le pourtour de cette collection offrait un cercle plus dur, plus résistant. En

palpant la tumeur, on éprouve la sensation que donnent des grumeaux et il existe de plus une crépitation particulière. Du reste, pas de douleurs, et aucun signe d'inflammation. L'absence de douleur, de chaleur, de rougeur de tous les symptômes inflammatoires en un mot, fit rejeter l'idée d'une collection purulente; le toucher, d'autre part, démontrait la non-existence d'une tumeur formée par de la sérosité; dans cette dernière, en effet, la fluctuation eût été manifeste, tandis que l'on éprouvait la sensation que fournit l'exploration d'une masse grumeleuse: pour admettre d'ailleurs une collection de matière séreuse, il fallait la préexistence d'une cavité séreuse dont la formation ne pouvait pas s'expliquer. Le diagnostic fut ainsi conduit à accepter, comme démontrée, l'existence d'une tumeur sanguine, suite d'un épanchement traumatique. — L'intérêt qui s'attache à cette sorte de collection sanguine provient surtout des maladies nombreuses et variées auxquelles elles donnent naissance par suite de transformations ultérieures éprouvées par le liquide qui les constitue. C'est ainsi qu'elles sont le point de départ des loupes, des tumeurs fibreuses, et d'autres productions dont la composition intime est sujette à varier à l'infini, suivant que la partie séreuse du sang est resorbée et que la fibrine subsiste, ou bien que le contraire a lieu comme cela s'observe aussi, mais moins fréquemment. Au début, ces collections sanguines peuvent se comporter de deux façons différentes: ou elles se résorbent entièrement, ou elles s'enflamment et donnent lieu à des abcès. — Dans tous les cas, il faut s'appliquer à en favoriser la résorption: il sera donc indiqué de mettre en usage les résolutifs de toute espèce, tels que les compresses imbibées de sel marin et de sel ammoniac surtout: ces moyens réussissent en général quand l'épanchement est diffus; la compression peut avantageusement leur servir d'auxiliaire. Mais quand la collection est enkystée, il est rare que la résolution s'opère sous l'influence de ces seuls moyens. C'est alors que M. Velpeau a recours à l'écrasement; il dissémine ainsi le sang épanché dans les parties voisines, en effectuant la rupture de la poche qui le renferme, et la division ainsi artificiellement produite des grumeaux sanguins favorise l'absorption. Dans le cas où on ne parviendrait pas à écraser le foyer, on irait par la méthode sous-cutanée diviser le kyste sanguin en l'incisant en plusieurs endroits de son étendue; de cette façon on rendrait très-facile l'infiltration du sang dans les tissus environnants, et l'absorption s'opérerait comme à la suite de l'écrasement. — — Chez les malades dont il s'agit, le kyste sanguin a été écrasé, le sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire, une compression a été établie pour empêcher les parois du foyer de se laisser distendre de nouveau. — Le 25 novembre le malade est sorti guéri de l'hôpital. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1844.)

FRACTURES DU COL DU FÉMUR *accompagnées de pénétration dans le tissu spongieux du grand trochanter.* Entrevue par Desault, cette forme de fracture ne fut bien étudiée pour la première fois qu'en 1820, par M. Hervez de Chégoin, dans un mémoire qu'il lut à la Société de médecine de Paris. Depuis, M. Colle, de Dublin, et, en France, M. Ribes, ajoutèrent quelques faits à ceux rapportés par M. Hervez: aujourd'hui, M. Robert reprend cette importante question de chirurgie; et, dans un travail qui vient de recevoir l'approbation de l'Académie royale de médecine, il décrit le mécanisme de cette fracture; il en détermine les caractères anatomiques et il en établit le diagnostic, le pronostic et le traitement. Examinons donc avec l'auteur chacun de ces points en particulier. M. Robert fait remarquer combien la forme conique du col du fémur, qui est telle que sa portion la plus large répond à sa base, est favorable à la pénétration; en effet, pour que celle-ci ait lieu, il est indispensable que la portion la plus grêle puisse pénétrer et s'emboîter dans la plus large. Il observe, en outre, que la structure du cône représenté par le col offre une densité décroissante du sommet à la base, d'où il suit que l'os étant fracturé près de celle-ci, la colonne osseuse pénètre dans la portion de densité moindre. C'est-à-dire que le col du fémur ne présente plus vers sa base qu'un tissu lâche et peu serré, condition de structure qui rend on ne peut plus facile la pénétration du fragment supérieur dans cette même base et au

delà dans le grand trochanter avec lequel elle se continue. Ce premier point une fois établi sur une base entièrement anatomique, c'est-à-dire la seule qui puisse offrir des conditions de stabilité et de durée aux interprétations des faits pathologiques, M. Robert donne une explication fort ingénieuse et très-plausible d'un phénomène presque constant dans la fracture extra-capsulaire du col du fémur, savoir, de la rotation du membre en dehors : l'insertion de la base du col à la face interne formant continuité avec la face antérieure du corps du fémur, tandis qu'elle est séparée de la face postérieure par une cavité très-profonde, rend raison de la pénétration presque constante en avant et de la rotation du membre en dehors. En effet, l'axe du col du fémur correspondant au tiers antérieur du grand trochanter, dans une chute sur la partie moyenne de celui-ci, la cause fracturante a pour effet de rapprocher la face interne de cette apophyse de la face postérieure du col, et de faire saillir ce dernier en avant, de manière que le point fracturé forme avec le corps du fémur un angle obtus à sinus postérieur, saillant en avant, d'où résulte forcément la rotation du membre en dehors, et celle-ci sera d'autant plus prononcée que le déplacement osseux dans ce sens est plus considérable. Il résulte des recherches de M. Robert que la pénétration est très-fréquente dans les fractures extra-capsulaires, et, en cela, il est d'accord avec M. Vidal de Cassis, qui, en 1839, écrivait que la pénétration, dans cette sorte de fracture, était la règle, tandis que la fracture de la base du col sans pénétration n'était que l'exception. La pénétration est incomplète ou complète; la première variété est de beaucoup la plus fréquente : lorsqu'elle est complète, elle peut se borner à quelques millimètres ; il arrive quelquefois que la base du col traverse le grand trochanter et vient se loger au-dessous de la bourse muqueuse qui tapisse l'aponévrose du grand fessier, après avoir fracturé comminutivement cette apophyse. Dans ce cas, la fracture est directe, le membre est peu dévié, et il n'est raccourci que de l'étendue de la pénétration du col de l'os. Quant aux symptômes de la fracture du col avec pénétration, ces symptômes sont : 1° le raccourcissement du membre peu considérable ; 2° la déviation presque constante, mais souvent peu marquée, du membre en dehors ; 3° la douleur, qui est un symptôme constant, beaucoup plus intense et plus extérieure que lorsque la fracture est intra-capsulaire ; 4° l'ecchymose à la partie externe de la cuisse ; 5° le gonflement du grand trochanter, constant lorsque le col est enfoncé avec les fragments de cette éminence, mais dû à l'engorgement des parties molles, lorsqu'elle n'est pas fracturée ; 6° la possibilité de marcher après la chute qui a déterminé la fracture avec pénétration, circonstance très-rare, et due à l'enfoncement profond du col dans la substance spongieuse du corps de l'os, le trochanter n'étant pas fracturé ; 7° la possibilité de soulever le membre en totalité, due à la même cause; 8° la résistance du membre aux efforts d'extension, résistance également due à l'enclavement du col. Passant ensuite aux applications que l'on peut faire de ces données à la pratique, M. Robert en déduit, avec raison, le précepte de ne pas violenter les blessés par des extensions exagérées et trop souvent répétées, et de ne pas chercher à faire exécuter des mouvements de rotation forcée, lorsque les premières tentatives ont été inutiles. Il démontre que si, par des efforts considérables, on parvient à détruire la pénétration du col et à maintenir les parties dans la position où l'extension forcée les a placées, on détruit la coaptation et on place les fragments dans des conditions où ils ne peuvent pas se consolider. Aussi les conclusions thérapeutiques de l'auteur, sont : 1° que le chirurgien doit s'abstenir d'exercer des tractions sur le membre fracturé; 2° qu'il faut maintenir celui-ci dans l'immobilité ; 3° qu'il faut exercer une pression latérale continuelle, de dehors en dedans, sur le fragment externe, de manière à le maintenir constamment appliqué contre le fragment cotyloïdien. Pour remplir ces indications, on fait coucher le malade sur le dos; on place sous le jarret un petit coussin, afin que, si on soulève le tronc, le membre ne pèse pas tout entier sur le point fracturé; enfin, on doit entourer les hanches avec un bandage de corps bien serré et maintenu par des sous-cuisses. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1845.)

FRAGILITÉ HÉRÉDITAIRE DES OS (*Exemple remarquable de*). Il n'est pas rare de rencontrer des individus dont la fragilité des os est si considérable, que le coup le moins grave, une chute légère, suffisent pour produire chez eux des fractures. Les grands buveurs d'eau-de-vie sont surtout sujets à cette fragilité des os, ce qui pourrait faire regarder comme une antiphrase le vieux proverbe « qu'il y a un Dieu pour les ivrognes.» Mais, nous ne croyons pas qu'on ait jamais signalé une disposition héréditaire aux fractures, et qu'on l'ait remarquée sur plusieurs membres d'une même famille. Voici, à cet égard, une observation curieuse, extraite d'un ouvrage du docteur Pauli, de Landau.

Dans la commune d'Offenbach, dit-il, vit une famille dont tous les membres ont déjà eu des fractures. Trois d'entre eux en ont eu chacun d'eux, un autre trois, soit du bras, soit de la jambe; l'un d'eux a eu même cinq fractures à l'une ou l'autre extrémité; et, pour les produire, il ne fallait pas même en général une violence considérable. Déjà le père et le grand'père avaient eu des membres fracturés. Cette famille est d'ailleurs parfaitement bien portante. Il ne paraît pas qu'il y ait ici en jeu une diathèse scrofuleuse ou autre dyscrasie. Il est frappant qu'avant l'âge de huit ans personne n'ait été affecté de fracture, de sorte qu'on pourrait presque penser que cette débilité particulière de la substance osseuse n'est produite que vers l'âge de puberté. Toujours paraît-il que c'est une altération de rapports dans les éléments chimiques de l'os, qui est la condition de cette fragilité. Au contraire de ce qui arrive chez les vieux ivrognes, les fractures se consolident très-rapidement dans cette famille, si bien que, pour la plupart, le cal est déjà parfaitement solide après trois semaines. L'auteur ajoute que quand le même os s'est fracturé une deuxième fois, ce n'a jamais été au niveau du cal. (*On tersuchungen und Erfahrungen, etc.*, et *Journal de chirurgie*, janvier 1845.)

GRIPPE (*De l'emploi de l'eupatoire perfoliée dans le traitement de la*) *et de certaines bronchites.* Ce n'est qu'avec une très-grande réserve, l'on doit s'en être aperçu, que nous donnons le concours de notre publicité à toutes les découvertes ou prétendues découvertes qui nous arrivent parfois d'outre-mer. Il faut toujours que de nouvelles expériences aient constaté leur valeur, surtout lorsque les moyens proposés offrent par leur nature ou par leur dose quelque inconvénient ou quelque danger dans leur emploi. Il n'y a ni inconvénient ni danger, selon nous, dans l'usage de l'eupatoire perfoliée; mais ce n'est pas non plus une nouveauté ni une découverte. Cette plante amère, tonique, ayant la propriété d'exciter le vomissement, figure dans nos pharmacopées. On a seulement depuis longtemps renoncé à son emploi. — Faut-il croire, avec le docteur américain, M. Peebles, que l'eupatoire ne mérite pas le dédain dont on l'a frappée? Nous ne savons. — Voici toujours quelques mots sur ce qu'en dit ce confrère. Chez un grand nombre de malades atteints de l'*influenza*, ou grippe épidémique présentant de la céphalalgie, des douleurs contusives dans les membres, une toux déchirante et des alternatives de chaleur et de froid, l'eupatoire seule a suffi pour faire disparaître le mal par enchantement; dans quelques cas rares, seulement, il a fallu lui donner pour auxiliaire le calomel et l'ipécacuanha. Le malade étant couché et bien couvert, boit, de demi-heure en demi-heure, un verre d'une infusion chaude de 32 grammes de feuilles d'eupatoire perfoliée dans un litre d'eau bouillante. Dès les premières doses, le sentiment de lassitude cesse. Après la quatrième ou la cinquième dose, il survient ordinairement des nausées et des vomissements qui sont suivis d'une diaphorèse franche et abondante qui est suivie d'une amélioration notable de tous les symptômes. La toux cesse; les organes respiratoires se dégagent. Ni les antimoniaux, ni la poudre de Dower n'ont donné de semblables résultats. Lorsque cet effet est obtenu, on ne donne plus que chaque trois ou quatre heures un verre d'infusion. Cette médication, continuée ainsi, tient la maladie en échec et donne une guérison complète le quatrième jour. Seulement, dans la convalescence, comme tonique, on donne un verre d'infusion trois fois par jour.—Nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'on revienne par de nouvelles expériences à ce remède ancien. Par

ses propriétés toniques et vomitives, il peut convenir dans certains catarrhes des vieillards ou des personnes faibles; il peut être aussi très-utile dans certains cas d'asthme et de coqueluche. — Du reste on verra. (*The Americ. Jour. of Medical Sciences.*)

HYDARTHROSES (*Sur l'emploi de l'émétique à doses élevées et croissantes dans les*). Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur cette médication proposée par un honorable membre de l'Académie de médecine, M. le docteur Gimelle, qui en a publié des résultats extrêmement favorables. (Voyez *Bulletin de thérapeutique*, t. XXII, p. 215.) On se rappellera que ce praticien obtenait constamment l'absorption du liquide en huit ou dix jours, la dose du tartre stibié n'ayant jamais été portée au delà de 80 centigrammes, après avoir commencé par 20, et augmentant chaque jour de 10 lorsque la tolérance était établie. De nouveaux cas, analogues à ceux qu'il a déjà rapportés, se sont présentés à l'observation de M. Gimelle, et toujours le résultat a été semblable. Mais dans tous ces cas, il n'avait eu affaire qu'à des adultes ou à des vieillards, et à des affections récentes. Il publie aujourd'hui de nouveaux faits qui prouvent que l'action du tartre stibié s'exerce à tous les âges de la vie, quel que soit le sexe; que cette action a lieu, quelle que soit l'ancienneté de l'épanchement, lorsque les synoviales n'ont pas subi d'altération organique, et que le liquide qu'elles sécrètent conserve les caractères qui lui sont propres.

En effet, pour l'âge : un enfant de quatre ans est pris d'accidents graves des organes splanchniques, pendant la convalescence d'une scarlatine. Ces accidents se dissipent, mais le petit malade commence à se plaindre des jambes et on s'aperçoit qu'il ne peut exécuter aucun mouvement sans éprouver de la douleur. Ces membres examinés, on reconnaît un épanchement considérable de synovie dans les deux articulations fémoro-tibiales. Les révulsifs sur la peau et sur le canal intestinal, purgatifs, vésicatoires, furent sans succès, ainsi que les liniments ammoniacaux et la pommade iodée avec addition d'hydriodate de potasse. C'est alors que M. Gimelle se décida à prescrire le tartre stibié. Il commença par 5 centigrammes dans une potion de 60 grammes, avec addition de 8 grammes de sirop diacode; les genoux furent enveloppés de coton cardé recouvert de taffetas gommé. Le petit malade vomit deux fois, il eut cinq évacuations alvines. Le lendemain, même prescription; pas de vomissements, une seule évacuation alvine, mais sueurs abondantes. Le jour suivant, la dose du tartre stibié est portée à 10 centigrammes, et augmentée de 5 centigrammes chaque jour graduellement jusqu'à 40 centigrammes. Le cinquième jour de ce traitement, le genou droit avait subi une diminution de deux centimètres; celle du genou gauche était un peu moindre. Le onzième jour, il ne restait plus de trace de collection de sérosité dans les articulations des genoux.

Quant à l'ancienneté de l'affection : « Un magistrat belge, âgé de trente-quatre ans, était atteint d'une hydarthrose du genou droit depuis trois ans. Les traitements les plus divers n'avaient produit aucune amélioration. Adressé à M. Gimelle, ce praticien le trouva dans l'état suivant : le volume du genou droit dépassait de quatre centimètres celui du côté opposé; la rotule était fortement poussée en avant; la pression sur cet os le faisait rentrer dans la poulie fémorale avec un léger claquement. Cette pression augmentait notablement deux saillies qui existaient sur les côtés de la rotule, dans lesquelles on sentait une fluctuation que l'on percevait également jusqu'à une hauteur de douze centimètres sous le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. La flexion de la jambe était impossible au delà de 120 degrés. Tout le membre abdominal était considérablement amaigri; le malade ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. C'est dans ces circonstances que, le 10 mai 1842, M. Gimelle commença à lui administrer le tartre stibié à la dose de 20 centigrammes dans une potion de 100 grammes, avec addition de 20 grammes de sirop diacode. A partir du 13 mai la dose de tartre stibié fut augmentée chaque jour de 10 centigrammes, jusqu'au 20, où elle était à 8 décigrammes. A cette date, le genou malade ne présentait en volume que deux centimètres de plus que l'autre, et l'on y sentait à peine de la fluctuation. A partir de ce jour, la potion émétisée à la même dose fut conti-

nuée de deux jours l'un jusqu'au 31 mai. Alors le volume du genou droit n'excédait plus le gauche que d'un centimètre; l'on n'y percevait aucune fluctuation, et la flexion pouvait être portée jusqu'à l'angle droit. A la fin de juin, le malade quitta Paris avec un béquillon. »

M. Gimelle cite encore une autre observation d'hydarthrose, sur un homme de trente-deux ans, datant de six ans, guérie au bout de neuf jours par le même traitement.

Certes, ces succès sont extrêmement encourageants; ils ont attiré déjà et doivent attirer tout entière l'attention des praticiens. (*Journal de chirurgie*, janvier 1845.)

HYDROPHOBIE (*Lypémanie avec hallucinations de plusieurs sens simulant l'*). Nous ne croyons pas qu'il existe dans la science des faits analogues à celui que vient de publier M. Sauvet, interne de l'asile des aliénés de Fains, et dont voici les principales circonstances. Un jardinier, très-pusillanime et très-crédule, fut mordu à la jambe gauche par un chien que l'on disait enragé, ce que l'autopsie ne confirma pas. La plaie fut cautérisée profondément à deux reprises différentes et se cicatrisa peu de temps après. Mais le malheureux jardinier, en proie à la frayeur, d'ailleurs d'un caractère triste, jouet de ceux avec qui il travaillait, se persuade aisément que la rage va se développer chez lui six semaines ou deux mois après l'événement, comme on le lui dit sans cesse. En effet, vers cette époque, il devient triste, rêveur, recherche la solitude, exprime par son langage la méfiance qu'il éprouve pour ceux qui l'approchent, et, enfin, est pris tout d'un coup d'une fièvre ardente : son pouls s'élève, son corps se couvre de sueur, ses yeux sont largement ouverts, ses narines dilatées, ses mâchoires fortement serrées l'une sur l'autre, et des commissures des lèvres la salive s'échappe en abondance. L'aspect de la physionomie présente quelque chose d'effrayant; la partie supérieure du tronc, et la région pharyngienne surtout, sont le siége de mouvements spasmodiques, et le malade porte souvent la main à son cou, pour désigner que là est le mal. Un instant il recouvre la parole, et il se plaint d'avoir le cou serré comme dans un étau; bientôt le délire éclate, et avec lui apparaissent des hallucinations de plusieurs sens : il se sent dévoré par des chiens; il entend leurs cris; il les voit s'acharner après son corps, et le malheureux supplie ceux qui l'entourent de le délivrer de leurs attaques. Mais, à peine ceux-ci s'approchent-ils de son lit, que le malade se réfugie vivement vers le mur pour fuir leur approche, car il se méfie d'eux aussi, et dans tous il voit des ennemis. Dans cet état, la déglutition des liquides était impossible, et la respiration tellement gênée par la constriction de la gorge, que l'air inspiré s'échappait bruyamment par les narines.

Cet état se manifeste par accès, laissant entre eux des rémissions de plusieurs heures, pendant lesquelles le malade est plongé dans l'abattement le plus complet, l'œil fixé sur les objets sans les voir, ne prononçant aucune parole, et paraissant entièrement étranger à ce qui se passe autour de lui. Il va sans dire que, pour tous ceux qui l'entourent et pour tout le village, ce malheureux est enragé.

C'est dans ces circonstances que M. Sauvet fut appelé, et, guidé par les antécédents, le caractère et les habitudes du malade, il douta qu'il eût affaire à la rage, et il demanda la translation du malade dans l'asile de Fains. Là, le malade est isolé, on lui administre une potion avec dix gouttes d'éther, et dès le même soir il recouvre en quelques instants et la raison et la parole. Le lendemain l'état satisfaisant de la veille se maintient; plus d'hallucinations, appétit, désir de voir sa femme et ses enfants avec lesquels il communique très-raisonnablement. Vingt jours après il sort de cet asile parfaitement guéri.

Il ressort de cette observation que la manifestation d'un accès de folie peut se produire avec des symptômes qui ne sont propres qu'à la rage. Il est bien évident, en effet, que ce n'était là qu'un accès d'aliénation mentale, et non un accès d'hydrophobie. A défaut d'autres preuves, l'issue si promptement favorable de la maladie suffirait, ce nous semble, pour le prouver. Trouverait-on, en effet, un seul exemple d'hydrophobie guérie de cette manière? Ajoutons que l'isolement paraît avoir eu ici des résultats on ne peut plus favorables, et l'on ne peut s'empêcher de se demander ce que serait devenu ce malheureux abandonné aux seuls soins de la famille. (*Annal. médico-psychol.*, janvier 1845.)

HYDROTHÉRAPIE (*Appauvrissement du sang observé chez les personnes qui ont été longtemps soumises à l'*). La médication par l'eau froide n'est pas assez répandue chez nous pour que personne ait pu faire encore des observations très-complètes; mais en Allemagne, où le système de Prietnitz a été l'objet d'un engouement qui, du reste, a bien diminué aujourd'hui, les médecins impartiaux ont pu faire des remarques utiles soit pour, soit contre l'indication de l'usage de l'eau froide. Un médecin allemand, M. Albert, bien placé pour voir les effets consécutifs du régime hydrothérapique, a observé chez les personnes qui avaient employé sans interruption le traitement de l'eau froide pendant deux, trois ou cinq mois, chez celles surtout qui n'avaient point été guéries par la méthode, un état particulier ayant quelque ressemblance avec le scorbut. Pouls mou, vide, faible, accéléré, battements de cœur, lassitude extraordinaire, surtout des membres inférieurs, comme dans la chlorose empirichide, agitation, irritabilité, aphthes à la bouche, ulcères aux gencives, à la partie postérieure de la bouche et au pharynx, gencives boursouflées, saignantes; néanmoins appétit. Les urines sont pâles et répandent promptement une odeur ammoniacale. Lorsqu'on applique des sangsues, les piqûres donnent abondamment, et le sang est difficile à arrêter. D'après tous ces symptômes, M. Albert conclut que, dans certaines circonstances, l'eau, employée en grande quantité, produit un état du sang se rapprochant de celui qui a lieu dans le scorbut. (*Medicinisches corresp.* et *Abeille médicale*, février 1845.)

INCONTINENCE D'URINE *guérie par la teinture alcoolique de cantharides*. Ce moyen n'est pas nouveau, mais nous ne croyons pas que jamais la teinture de cantharides ait été donnée à si forte dose que dans l'observation suivante rapportée par M. le docteur Auguste Millet.

Un jeune homme de vingt-un ans, tourneur, était atteint depuis dix-huit mois d'incontinence d'urine, dont il avait été traité sans succès. Le malade n'avait jamais reçu de coups sur la région hypogastrique; il n'était jamais tombé sur les tubérosités ischiatiques; il n'avait jamais fait abus des plaisirs de l'amour; il n'était point adonné aux liqueurs alcooliques; la vessie était parfaitement vide de calculs, etc.; cette incontinence d'urine était donc essentielle. Il y avait seulement atonie, paralysie même de la vessie, car toutes les dix minutes environ, le malade rendait, sans s'en apercevoir, et malgré lui, quelques gouttes d'urine, aussi bien pendant le jour que pendant la nuit. Ce jeune homme est d'une constitution forte et vigoureuse; il se nourrit suffisamment bien. M. Millet lui prescrivit le traitement suivant :

1° Mixture.

Teinture alcoolique de cantharides . . . . . . 6 gram.
Sirop de cannelle. } de chaque 60 gram.
Sirop de Tolu. }

Prendre une cuillerée à bouche de cette mixture, le soir en se couchant.

2° Liniment.

Esprit de genièvre.	90 gram.
Huile de girofle. .	6 gram.
Beurre de muscade.	8 gram.

Faire des frictions sur l'hypogastre trois fois par jour.

Huit jours après, légère amélioration. Après quinze jours, le mieux continue. Le malade prenait huit grammes de teinture alcoolique de cantharides. Au bout d'un mois, le malade n'urine plus involontairement que la nuit et encore rarement. Quinze jours après, la guérison était parfaite, et il n'y a pas eu de récidive. (*Recueil des travaux de la Société méd. d'Indre-et-Loire*, deuxième trimestre 1844.)

LUXATION DE L'HUMERUS (*Lésions articulaires graves dans un cas de*). Les luxations de l'humérus sont fréquentes, mais on a rarement l'occasion de constater les lésions articulaires qui surviennent. Le fait recueilli par M. Robert à l'hôpital Beaujon a donc pour importance d'éclairer par l'anatomie pathologique l'histoire de cette luxation. On verra qu'elle n'est pas toujours aussi simple qu'on le croit généralement, et qu'elle exige dans le traitement des précautions qu'on a souvent le tort de négliger. Un voiturier, âgé de soixante-dix ans, fut apporté à l'hôpital Beaujon le 5 novembre dernier, le lendemain d'une chute sur laquelle

il n'avait pu donner aucun renseignement. Il avait une luxation du bras gauche offrant les caractères suivants : saillie de l'acromion, aplatissement du deltoïde, possibilité de déprimer encore ce muscle immédiatement au-dessous de l'acromion; allongement du bras de 1 centimètre et demi; saillie arrondie à la paroi antérieure de l'aisselle au-dessous du bec coracoïdien, manifestement formée par la tête de l'humérus; possibilité de sentir cette tête dans le creux de l'aisselle, quand on élève le bras et qu'on le place horizontalement. La réduction, qui n'avait pu être opérée par la méthode de l'extension verticale, fut obtenue sans difficulté en employant l'extension horizontale, procédé ordinaire; le bras fut maintenu dans l'immobilité et rapproché du tronc; il ne survint aucun accident. Mais le malade succomba le 26 novembre à des accidents cérébraux étrangers à la luxation. Il était important de constater les lésions produites dans l'articulation malade; c'est ce que M. Robert a fait avec soin. Voici les désordres qu'on a trouvés : un peu de sang est infiltré dans l'épaisseur du muscle sous-scapulaire; les vaisseaux et les nerfs axillaires adhèrent assez fortement à la face antérieure de ce muscle. Le deltoïde ayant été disséqué, détaché à son insertion inférieure et relevé, on a pu voir que le tissu cellulaire filamenteux, très-lâche, qui lui est sous-jacent et s'unit à la face antérieure et externe de la capsule articulaire, est épaissi et converti en une couche fibrineuse, peu épaisse et d'un blanc rosé. De légers mouvements imprimés à la tête de l'humérus ont facilement surmonté la résistance de ce tissu de formation nouvelle, et ont permis de reproduire la luxation observée pendant la vie. La tête de l'humérus est alors venue se placer au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde, et, en même temps, l'humérus a exécuté sur son axe un léger mouvement de rotation de dedans en dehors, de telle sorte que la surface articulaire, au lieu de regarder la cavité glénoïde, était dirigée en avant. Dans cette nouvelle position, la tête humérale était recouverte seulement par le muscle deltoïde. La capsule de l'articulation est largement déchirée à sa partie antérieure et externe; mais elle est intacte dans le reste de son étendue. La lame fibreuse, épaisse, qui complète en dehors la coulisse bicipitale est déchirée près de son insertion à la petite tubérosité de l'humérus; la coulisse n'est plus occupée par le tendon du muscle biceps; elle est à moitié comblée par le gonflement inflammatoire des tissus fibreux voisins; le tendon du biceps est placé au côté interne de l'articulation et contourne la partie correspondant au rebord de la cavité glénoïde. La petite et la grosse tubérosité de l'humérus sont à découvert; leur surface est rugueuse et dépourvue de périoste; les muscles sus-épineux et sous-épineux, petit rond et sous-scapulaire ont été rompus, ou plutôt arrachés à leur insertion humérale, sans avoir entraîné avec eux la moindre parcelle osseuse; leurs extrémités se voient à nu dans la cavité de l'articulation; une partie seulement du petit rond est restée confondue avec la capsule. M. Robert voit dans cette observation un exemple de la variété de luxation que M. Velpeau a décrite sous le nom de luxation sous-pectorale. On remarquera combien sont grands les désordres survenus dans l'articulation, et on comprendra l'importance qu'il y a à ne pas traiter aussi légèrement qu'on le fait en général toutes les luxations huméro-scapulaires. Il ne faut pas permettre aux malades d'exercer des mouvements au bout de peu de jours, et avant que les tissus de nouvelle formation aient pu s'organiser et remplacer la capsule déchirée. (*Ann. de la chirurg. fr. et étrang.*, janv. 1845.)

LUXATION DE LA MACHOIRE INFERIEURE *en haut ou dans la fosse temporale* (*Sur une forme non encore observée de*). Parmi les divers déplacements dont est susceptible le condyle de la mâchoire inférieure, celui sur lequel nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs, n'a pas été indiqué par les auteurs; il a exigé pour sa production un concours de circonstances, et par suite un mécanisme physiologique qui, pour être bien compris, veut être complétement exposé. Un voiturier, âgé de trente ans, s'étant endormi sur une charrette qu'il conduisait, tomba sur le pavé, le côté gauche de la tête portant contre le sol; une des roues l'atteignit, et passa d'arrière en avant sur le côté droit de la face, et plus spécialement sur le corps de la mâchoire inférieure. On le transporta de

suite à l'hôpital Beaujon. Il avait toute sa connaissance. La face et la tempe du côté gauche étaient fortement tuméfiées à deux travers de doigt au-devant de l'angle de la mâchoire. Le menton fortement dévié à gauche, et la bouche ouverte, donnaient à la physionomie un aspect étrange.

En palpant la tempe gauche, le chirurgien de service, M. Robert, sentit au-dessus de la racine de l'arcade zygomatique une tumeur osseuse, qu'à sa forme il reconnut être le condyle de la mâchoire, et dont l'extrémité externe se dessinait sous la peau. A ces symptômes, il était impossible de mettre en doute l'existence d'une luxation du condyle gauche de la mâchoire dans la fosse temporale, au-dessus de la racine de l'arcade zygomatique. Ce déplacement ne pouvait être explique que par une fracture de l'os maxillaire ; en effet, l'exploration de l'arcade dentaire fit constater au côté droit du corps de la mâchoire inférieure, au-devant de la branche de l'os, une fracture à peu près verticale, accompagnée d'un déplacement latéral assez marqué, et par suite duquel le fragment gauche, porté en dedans, faisait saillie dans la cavité buccale. Dès lors, il devint facile d'expliquer la luxation en se reportant aux circonstances de l'accident : le côté gauche de la tête reposant contre le sol, la roue de la voiture avait passé d'arrière en avant sur le côté droit de la mâchoire inférieure; elle avait d'abord fracturé le corps de cet os au-devant de la branche droite, puis, continuant son trajet, elle avait violemment pressé l'os de droite à gauche; c'est alors seulement que le condyle gauche avait pu s'échapper de la cavité glénoïde, remonter en dedans de l'arcade zygomatique, et se loger dans la fosse temporale.

M. Robert a fait la réduction de la manière suivante : le malade est assis par terre, le chirurgien se place devant lui, et il introduit dans la bouche le pouce de la main droite garni de linge, qu'il appuie fortement de haut en bas sur l'arcade dentaire gauche, tandis que les quatre derniers doigts embrassaient l'angle de la mâchoire. Ayant essayé inutilement d'attirer directement en bas le corps de l'os, il porta alors le pouce plus profondément; il appuya contre la face interne de la branche de l'os, les autres doigts embrassant toujours l'angle et la face externe du corps, et il poussa alors directement en dehors cette branche, transformée ainsi en un levier de premier genre, dont le pouce formait le point d'appui. Après quelques efforts, il sentit le condyle se déplacer et se dégager de dessus l'arcade zygomatique; il suffit ensuite de l'attirer légèrement en bas pour le faire rentrer dans la cavité glénoïde.

Pour prévenir un nouveau déplacement et maintenir réduite la fracture du corps de l'os, on plaça une fronde au-devant et au-dessous du menton, et on appliqua le bandage ordinaire des fractures de la mâchoire. Un traitement fut mis en usage pour prévenir l'inflammation; il ne survint aucun accident, si ce n'est un abcès dans l'épaisseur de la joue droite, vis-à-vis de la fracture. Le quarantième jour, l'appareil fut enlevé; la fracture était consolidée ; le malade commençait à ouvrir la bouche, et n'éprouvait qu'un peu de gêne et de douleur dans l'articulation. Il sortit le cinquante-cinquième jour. (*Arch. génér. de Médecine*, janvier 1845.)

LUXATION HABITUELLE DES ROTULES. M. le docteur Perial, de Tournon, a observé le cas curieux suivant. Hector P., âgé de quinze ans, d'une taille peu élevée, d'une faible constitution, a toujours été sujet à l'infirmité suivante : au moment où il marche avec sécurité sur un sol uni comme sur un terrain inégal et raboteux, il se laisse subitement tomber et ne peut se relever. On trouve à l'examen une luxation latérale d'une ou des deux rotules, tantôt en dehors, tantôt en dedans, sans que l'un de ces deux genres de luxation soit plus fréquent que l'autre. La réduction de ces luxations est on ne peut pas plus facile; le sujet les réduit lui-même, et recommence immédiatement à marcher comme si rien n'était arrivé. M. Périat n'a trouvé dans la conformation des articulations aucune particularité qui pût expliquer la fréquence et la facilité de cet accident. Il a été réduit à admettre un relâchement originel des ligaments fémoro-rotuliens; il donne toutefois cette explication pour ce qu'elle vaut. L'enfant a été envoyé, deux années de suite, aux eaux d'Aix en Savoie. Les chutes sont bien moins fréquentes depuis l'emploi de ce moyen qu'on ne

propose de continuer. (*Gaz. médicale de Montpellier*, décembre 1844.)

MAL ÉPILEPTIQUE *suspendu par la ligature des membres*. La ligature des membres a été essayée sans de grands succès dans les fièvres intermittentes pour prévenir les accès, et ce n'est même pas la première fois qu'on l'a tentée dans l'épilepsie. M. Piégu, interne de la Salpêtrière, en a fait un nouvel essai sur une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'épilepsie dès son enfance, et de cette variété de la maladie appelée attaques composées, qui ne duraient jamais moins de quinze à vingt heures et quelquefois même deux jours. Peu d'heures après le début d'une de ces attaques, qui s'accompagnait d'accidents d'une violence extrême, M. Piégu appliqua une ligature sur chacun des membres inférieurs à l'aide de deux bandes de toile neuve, larges de deux à trois doigts. La constriction fut opérée successivement. Au bout de dix minutes, les parties placées au-dessous des liens étaient devenues violettes par la réplétion des capillaires. Mais alors la malade, jusque-là en perte absolue de connaissance, soulève assez péniblement les paupières, ouvre les yeux et remue la tête; son regard, quoique hébété, trahit une certaine attention. La face devient plus pâle et le pouls se désemplit manifestement. De minute en minute, on peut suivre le retour à la connaissance et à la sensibilité; une demi-heure après l'application des liens, la connaissance et la sensibilité sont complètement revenues. Les diverses fonctions reprennent alors leur cours normal. On enlève les bandes qu'une demi-heure après leur retour, et encore à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Le sang ayant repris son cours ordinaire, il revient quelques secousses convulsives qui n'ont pas de suite. Deux heures après, la malade mangeait et se promenait dans le dortoir. Son attaque avait duré en somme quatre heures et demie, au lieu de douze ou quinze heures, ainsi qu'elle durait d'habitude. (*Annales médico-psychologiques*, 1844.)

OPÉRATION CESARIENNE *faite avec succès pour la mère et pour l'enfant*. Nos lecteurs n'ont qu'à ouvrir les Tables générales de notre recueil, ils y verront mentionnées un bon nombre d'opérations césariennes qui ont eu des résultats divers. Pour nous en tenir aux volumes les plus récents, on trouvera page 309, t. XXIV, et page 136, t. XXVI, deux cas de succès complet pour la mère et l'enfant. C'est encore un résultat avantageux de cette nature que M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hospice de Dunkerque, nous donne à enregistrer.

Une femme rachitique, âgée de dix-sept ans, petite (1 mètre 12 c.), aux membres inférieurs courts et déformés, en mal d'enfant depuis trois heures du matin, entra à sept heures du soir, le 10 octobre dernier, à l'hôpital de Dunkerque. Le diamètre sacro-pubien n'a que 45 millimètres. L'orifice de l'utérus est dilaté de 8 centimètres, les membranes intactes. L'opération césarienne est immédiatement décidée. M. Lebleu la pratique. Incision sur la ligne blanche, à 1 millimètre de l'ombilic, prolongée jusqu'à 3 centimètres du pubis, et comprenant successivement toutes les couches superposées jusqu'à l'utérus, l'utérus lui-même et les membranes de l'œuf. Extraction de l'enfant et immédiatement du placenta. Hernie de la vessie et des intestins bientôt réduite. Trois points de suture; bandelettes agglutinatives, comprenant les quatre cinquièmes antérieurs du ventre. Linge fenêtré. Le lendemain, 11 octobre, pouls à 90; peu de lochies et point d'écoulement par la plaie. A midi, vomissements; à cinq heures, douleurs abdominales vives, pouls à 130 (saignée de 700 gramm.); 55 sangsues, en deux fois, sur le ventre. Le 12, amélioration, pouls à 110; douleurs presque nulles; ventre plus affaissé; plusieurs heures de sommeil. Deux anses d'intestin, faisant hernie à travers la plaie, sont réduites, et les lèvres de l'incision rapprochées par de larges et longues bandelettes qui font presque le tour du corps. Le 13, pouls à 100; nuit excellente, plus de douleurs, plus de vomissements, deux selles, lochies abondantes; plaie presque sèche. Le 14, amélioration croissante; 2 cuillerées de bouillon toutes les trois heures. Les 15, 16 et 17, état très-satisfaisant; alimentation de plus en plus considérable. Le 23, l'opérée se lève quelques heures. La plaie, dont la réunion s'opère du fond à la superficie, est pansée tous les trois jours. Le 29, cette femme sort de l'hôpital; la plaie est presque cica-

trisée. L'enfant, né vivant, et qui avait bien pris le sein d'une nourrice, était dans le meilleur état possible. (*Gaz. des Hôp.*, déc. 1844.)

POLYPE UTÉRIN *expulsé par l'action du seigle ergoté.* Un médecin américain, M. Garden, fut appelé en 1841 auprès d'une femme affectée de métrorrhagie. Habituellement malade d'une leucorrhée, elle avait toutes les deux ou trois semaines une perte de sang, accompagnée de douleurs qu'elle comparait, quelque moins violentes, à celles de l'accouchement. Cet état durait depuis huit ou dix mois. Après l'avoir saignée et purgée, l'auteur ordonna de lui faire prendre quatre ou cinq fois par jour 25 centigrammes de seigle ergoté, et de continuer pendant tout le temps que l'hémorragie durerait. Malgré ce traitement l'écoulement sanguin persista. Mais M. Garden, qui avait, dans d'autres cas analogues, obtenu les meilleurs résultats du seigle ergoté, le fit continuer. Cependant, huit jours après en avoir fait commencer l'usage, il fut appelé auprès de la malade, dont les douleurs étaient allées en augmentant. Examinant alors les parties génitales, il trouva, remplissant le vagin et le col, une tumeur dense et fibreuse, aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme. Quelques parties s'en étaient déjà détachées la nuit précédente et elle exhalait une fétidité insupportable. Il fut impossible de distinguer le point sur lequel elle s'attachait à la paroi utérine. La masse morbide continua à diminuer ainsi, grâce à des injections réitérées qui en entraînaient chaque fois quelques portions; et, en peu de jours, elle tomba en totalité. La cause de ses indispositions une fois enlevée, la femme reprit bientôt sa santé primitive. (*Gaz. méd.*, janvier 1845.)

SCROFULES (*De l'emploi du chlorure d'argent dans le traitement des*). Encore une nouvelle médication contre une affection qui en compte un aussi grand nombre! Celle-ci mérite-t-elle la préférence sur ses devancières? C'est ce qu'affirme M. le docteur Sicard, qui appelle l'attention des praticiens sur un médicament qu'il expérimente avec succès depuis quelques années dans les scrofules. Pour prouver l'efficacité du chlorure d'argent, ce médecin rapporte plusieurs observations qui ont été pour la plupart communiquées à la Société royale de médecine de Marseille. M. Sicard croit que cette préparation d'argent possède de grands avantages sur les meilleurs antiscrofuleux usités jusqu'à ce jour; d'abord, prise à doses convenables, elle ne surexcite jamais l'organisme, et ne fatigue nullement l'estomac; elle a même parfaitement réussi chez plusieurs malades qui n'avaient pu supporter l'iode et les préparations d'or. En second lieu, les pastilles de chocolat au chlorure d'argent n'ont aucun mauvais goût, et sont prises très-volontiers par les malades.

Le chlorure d'argent produit presque toujours des selles abondantes; c'est ce qui fait penser à l'auteur que cette substance agit en produisant sur les intestins une dérivation énergique.

M. Sicard prescrit le chlorure d'argent à l'intérieur, d'après la formule suivante:

Chlorure d'argent. . . . 5 centigr.
Pâte de chocolat. . . . Q. S.

pour douze pastilles, à prendre une chaque matin, demi-heure au moins avant le repas; puis il élève la dose de chlorure à 5 centigrammes pour dix pastilles.

En même temps, il prescrit des frictions sur les tumeurs scrofuleuses avec la pommade suivante:

Chlorure d'argent. . . . 50 centigr.
Axonge. . . . . 30 gramm.

(*Clinique de Marseille*, novembre 1844.)

SEIGLE ERGOTÉ (*Moyen de conserver le*). On sait combien il est important pour les praticiens de campagne, qui habitent des localités privées de pharmacies, d'avoir à leur disposition de l'ergot de seigle en bon état de conservation. Or, il leur arrive souvent de se voir désarmés en présence des cas les plus graves, par suite de l'inertie de la poudre d'ergot vieille ou altérée qu'ils emploient. Quels sont les moyens qu'on a proposés pour la conservation de cette substance médicamenteuse? 1° La méthode d'Appert; 2° l'enduit de gomme et la dessiccation; 3° le mélange de l'ergot avec le sucre en poudre. — M. Mabier recommande comme bien préférable à ces procédés la méthode suivante qui lui a toujours réussi. Il fait lui-même la récolte du seigle ergoté à l'état frais, et après en avoir obtenu la prompte dessiccation à l'étuve, il introduit l'ergot de seigle dans des flacons

de verre bleu ou noir qu'il bouche hermétiquement et qu'il goudronne. Si l'on est obligé de pulvériser l'ergot d'avance, la poudre sèche sera placée dans des flacons noirs, secs, goudronnés, de la contenance de 15 grammes, et placés dans un lieu sec et sombre. (*Journal de Pharmacie*, janvier 1845.)

SOMMEIL *prolongé qui dure parfois de cinq à sept jours chez une femme bien portante.* On a beaucoup parlé de cet état particulier et si extraordinaire, de cet état extatique que présente la catalepsie. Voici un fait recueilli par M. le professeur d'Outrepont, qui mérite d'être enregistré précisément parce que la femme qui a offert cet exemple singulier de sommeil prolongé était bien portante et n'avait aucun symptôme de catalepsie. — Mme S., âgée de trente-cinq ans, mariée depuis six ans et mère de quatre enfants, est sujette depuis son mariage à un sommeil prolongé qui dure de deux à sept jours, ordinairement cinq jours et demi, et revient à des intervalles irréguliers; il vient subitement, sans symptômes précurseurs, tantôt la nuit, tantôt le jour. La femme se réveille incomplétement toutes les vingt-quatre heures, a la bouche sèche et sort la langue entre les lèvres; on lui présente alors des substances liquides qu'elle avale sans connaissance, et se rendort aussitôt. Les intervalles qui séparent ce sommeil prolongé sont de deux à vingt jours, pendant lesquels elle ne dort pas du tout ou très-peu avec agitation. Les saisons, la température de l'air n'ont aucune influence sur cet état. La menstruation, la grossesse, l'accouchement, les lochies, etc., ne sont nullement dérangés par ce sommeil, qui n'est rien moins que réparateur, car la femme se trouve fatiguée à son réveil. Elle n'a pas de selles et n'urine pas pendant son sommeil, et n'en éprouve pas le besoin immédiatement après. Mme S. se réveille chaque fois spontanément, et on ne peut la tirer de son sommeil par aucun irritant; lorsqu'on écarte les paupières, l'œil est dirigé en haut, les pupilles ne se contractent pas par l'action brusque de la lumière; la respiration, la circulation et la température de la peau sont à l'état normal pendant et hors le temps du sommeil. (*Neu. Zeitschrift fur Geburtskunde*, et *Gaz. Méd.*, janvier 1845.)

SPINA BIFIDA (*Procédé nouveau pour l'ablation de la tumeur et la guérison du*). Tous les auteurs s'accordent sur l'imminence du danger auquel sont exposés les enfants atteints du *spina bifida* lorsque la tumeur lombaire déterminée par cet arrêt de développement est en voie d'ulcération : cela étant, il est rationnel de chercher à conjurer les accidents mortels, qui sont inévitables, par toutes les ressources que l'art met en notre pouvoir. C'est en raisonnant de la sorte que M. le docteur Tavignot s'est décidé à tenter une opération qui, bien qu'elle ait échoué, n'en mérite pas moins de fixer l'attention des praticiens. — Une petite fille, âgée de six jours, présentait à la région lombaire du rachis, et empiétant un peu sur la région sacrée, une tumeur du volume d'un gros œuf. Molle et élastique, elle disparaissait presque complétement sous l'influence d'une pression modérée. Pendant ces tentatives de réduction, que d'ailleurs on ne prolongea pas longtemps, l'enfant cessait de pousser des cris et semblait comme engourdie. Dès qu'on discontinuait la pression, la tumeur reparaissait avec ses caractères ordinaires.

L'hiatus, par lequel le canal vertébral communique à l'extérieur paraissait, d'après le volume de la tumeur, avoir 5 à 6 cent. d'étendue, et résulter par conséquent de l'absence de deux, trois, ou même quatre lames vertébrales. A la base de la tumeur, la peau était intacte; mais, à sa partie centrale, elle présentait une coloration grisâtre, et était détruite dans quelques points jusqu'à la couche la plus profonde du derme. Dans un pareil état, il était évident que la perforation de la poche rachidienne n'allait pas tarder à s'effectuer, et que la mort en serait bientôt la conséquence.

Cinq jours après (août), M. Tavignot fit l'ablation de la tumeur par son procédé. Ce procédé comprend plusieurs temps qui s'exécutent dans la même séance. Après avoir serré la tumeur avec un instrument semblable à une pince à disséquer, on excise la partie saillante un peu au-delà de cette pince, de manière à empêcher constamment la communication de la poche séreuse avec l'extérieur. Après cela, on coud les deux lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée; puis on retire

la pince compresseur, et l'opération est terminée.

L'opération fut pratiquée ainsi dans ce cas : sept aiguilles furent appliquées, et l'on décrivit avec des fils des 8. del chiffre autour d'elles. Le 5, le résultat immédiat de l'opération paraissait très-heureux. L'enfant n'avait pas souffert, et avait continué à boire et à prendre le sein comme auparavant; pas de fièvre, pas d'accidents convulsifs. — Le 9, le sujet fut pris d'une gêne assez grande de la respiration, qui était devenue suspirieuse et comme saccadée; elle était accompagnée de gémissements continuels. En examinant le dos, on put constater la régularité parfaite de la suture; seulement, vers la partie moyenne de la plaie, on voyait suinter, par une des ouvertures des aiguilles, quelques gouttelettes d'un liquide laiteux, le trajet d'une épingle s'était agrandi par ulcération, et il établissait ainsi une ouverture du canal à l'extérieur, ouverture que l'on avait tant d'intérêt à éviter. Les accidents allèrent toujours en augmentant, et la malade mourut dans la soirée, quatre jours et demi après l'opération, sans avoir jamais présenté de paralysie des membres, ni d'accidents convulsifs.

Autopsie. Les lèvres de la plaie offraient une teinte d'un brun noirâtre; elles étaient baignées par un liquide séreux. Il a suffi d'une légère traction pour faire bâiller la plaie qui, au premier coup d'œil, avait paru exactement réunie. La face interne de ses deux lèvres était recouverte par l'arachnoïde qui, à cet endroit, n'offrait ni injection, ni fausses membranes.

En écartant ces lèvres, on pénètre dans une cavité lisse et polie, également sans injection ni fausses membranes. Aux parois de cette cavité viennent encore adhérer quelques filets nerveux. Elle renferme en outre un liquide séreux grisâtre, comme celui qu'on avait vu suinter par la plaie.

Le canal rachidien, ouvert dans toute sa longueur, présente une rougeur ecchymotique sur la face antérieure des lames vertébrales, surtout à la partie moyenne du dos. La dure-mère ne paraît pas injectée; après l'avoir incisée, il s'écoula de la région dorsale un liquide épais, purulent, grisâtre, qui paraissait comprimé si l'on en juge par la force avec laquelle il tendait à s'échapper. Ce liquide s'arrêtait en haut par le trou occipital; en bas on en trouvait encore quelques traces dans la tumeur, quoique le liquide que celle-ci renfermait fût beaucoup plus fluide et moins purulent. La pie-mère rachidienne protégeait suffisamment la moelle épinière qui n'a paru avoir subi aucune altération. Les deux poumons ont présenté dans les deux lobes postérieurs une hépatisation complète, signe non équivoque d'une pneumonie double au second degré.

L'insuccès, si loyalement avoué par M. Tavignot lui-même, ne doit pas faire perdre l'espoir d'un résultat plus consolant. Nous rendrons justice au procédé de l'auteur, préférable sans aucun doute à celui de M. Dubourg qu'il améliore très-avantageusement. Nous rappellerons encore que M. Reynard (Voy. *Gaz. méd.*, 1842, p. 202) a été plus heureux, et qu'il a heureusement appliqué une modification opératoire qui consiste à étreindre la tumeur à sa base et à ne faire la section de sa partie proéminente qu'après que l'oblitération a été obtenue à l'aide de cette compression continuée pendant plusieurs jours : on comprend, et l'événement l'a prouvé d'ailleurs, que cette précaution prévient bien plus sûrement que l'opération de M. Tavignot, la sortie du liquide arachnoïdien et l'accès de l'air dans la tumeur. (*Gaz. méd. de Paris*, décembre 1844.)

SUTURE ENTORTILLÉE (*Du traitement des plaies par la*). Depuis l'époque où Pibrac, dans un mémoire célèbre, proscrivait devant l'Académie royale de chirurgie l'usage des sutures dans le traitement des plaies, ce moyen pratique a été à diverses reprises l'objet de discussions qui, il faut l'avouer, n'ont pas encore résolu d'une manière définitive un point d'ailleurs fort important de chirurgie pratique. C'est en vue de cette solution si désirable que M. Colson, chirurgien à Noyon, vient de publier dans les Annales de la chirurgie française un mémoire fort bien fait, qui renferme l'exposé fort complet des résultats que dans sa pratique il a obtenus à l'aide de la suture entortillée dans le traitement des plaies, et plus particulièrement de celles qui succèdent à l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle. Pour lui, il n'est pas

douteux que la suture n'ait sur tous les autres modes de réunion immédiate un avantage incontestable. D'abord elle assure presque infailliblement cette réunion, qu'il est assez rare d'obtenir quand on fait usage de bandelettes agglutinatives, quelle que soit d'ailleurs la substance plastique qui entre dans leur composition. Nous rappellerons, à l'appui de l'opinion émise par M. Colson, que déjà M. Serre de Montpellier était arrivé à une conclusion semblable, et qu'il l'a formulée dans son traité de la réunion immédiate. Avec la suture entortillée, dit M. Colson, la réunion et la guérison s'obtiennent très-souvent en trois jours; mais, pour cela, il est indispensable de soumettre l'application des sutures aux règles suivantes, que l'auteur lui-même prend soin de tracer. On doit d'abord donner à la plaie autant qu'il est possible la forme d'une ellipse allongée, pour que l'affrontement de ses bords s'effectue plus facilement; et le grand diamètre de cette ellipse devra toujours être parallèle à la direction du plus grand diamètre de la tumeur, sans avoir égard à ce que ce diamètre soit ou non parallèle à la direction des fibres du muscle grand pectoral. Pendant et après l'ablation de la masse morbide, il faut s'abstenir de ligatures, et, s'il y avait quelque artère qui fournît du sang, le moyen hémostatique préférable serait la torsion du vaisseau. Avant de songer à affronter les lèvres de la plaie, il faut attendre quinze ou vingt minutes pour s'assurer que tout écoulement de sang a cessé, et qu'on n'a plus à craindre de le voir se reproduire. Après avoir détergé la plaie avec une éponge fine, on affronte les lèvres de la plaie, en commençant à appliquer les épingles par l'une ou l'autre de ses extrémités. Ces épingles sont placées à 10 ou 15 millimètres de distance l'une de l'autre, et toujours de façon à ce qu'aucun intervalle, aucun jour ne puisse exister entre les lèvres de la plaie. Au fur et à mesure qu'on aura placé une ou deux épingles, il faudra arrêter les fils sur chacune d'elles. Quant à la distance des lèvres de la plaie à laquelle chaque épingle doit être enfoncée, elle ne pourra être moindre que de 8 ou 10 millimètres; l'épingle comprendra dans son trajet une petite portion du tissu cellulo-graisseux sous-cutané. On aura soin, avant de fermer définitivement la plaie, d'évacuer par une pression assez forte exercée sur elle dans toute son étendue, l'air et les fluides qui peuvent y être contenus. Les épingles dont M. Colson recommande l'usage de préférence, sont les épingles anglaises de grosseur moyenne. Après l'application des fils on fait un pansement à plat, le tout enveloppé d'un bandage de corps qui serrera assez pour exercer sur la plaie une compression douce, mais pourtant sensible. Dans aucune circonstance, on ne devra laisser les épingles à demeure plus de trois jours. Les épingles étant ôtées, on ne touchera point au fil de la suture, et il faudra renouveler le pansement comme il avait été fait le jour de l'opération, c'est-à-dire en pansant à plat avec des plumasseaux enduits de cérat.

Le quatrième jour, on coupera avec des ciseaux toutes les portions du fil ciré qui se détacheront sous l'influence d'une traction légère, et on enlèvera les fils en entier, s'ils se développent et s'ils viennent à la main, sans tirailler ni faire saigner la plaie. Dans le cas où les fils ne pourraient pas être décollés et enlevés ce jour-là, on les enlèverait le cinquième ou le sixième jour. Après avoir exposé le procédé de l'auteur, nous terminerons en reproduisant les principales conclusions de son travail.

1° La réunion immédiate est toujours annoncée à l'avance par une ecchymose qui occupe les environs de la plaie : cette ecchymose est le résultat de l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire où il est bientôt résorbé.

2° Dans le cas où cette ecchymose manque, on doit s'attendre à ce que la plaie se rouvre dans un espace plus ou moins limité, mais toujours très-peu étendu, pour donner issue aux matières épanchées qui n'ont pu être absorbées et qui forment alors collection dans l'intérieur de la plaie.

3° Cette collection peut être ou séreuse, ou sanguine, ou séro-sanguine. Quand elle est sanguine, le liquide qui s'écoule ressemble à celui que dégagent les sangsues longtemps après leur application; mais dans ces trois cas, soit que la matière de l'épanchement consiste en sérum, en sang, ou en fluide séro-sanguin, cette matière n'a jamais d'odeur, et son éva-

cuation ne fait que retarder de quelques jours, ou tout au plus d'une ou de deux semaines, la guérison des opérés.

4° Il arrive quelquefois, et ceci se passe ordinairement dans les plaies très-étendues et très-profondes du sein, que la plaie se rouvre dans les trois premiers jours qui suivent l'opération, avant l'extraction des épingles. On en est averti par la souillure de l'appareil; mais alors, la plaie ne se rouvre point dans toute son étendne, et je ne l'ai encore vue se rouvrir que dans l'étendue de 1, de 2, de 3, 4 ou 5 centimètres. Toutefois, c'en est assez pour qu'elle suppure et que la guérison soit retardée de plusieurs semaines.

5° La suture entortillée appliquée, même dans les cas les plus défavorables, c'est-à-dire lorsqu'on ne peut point la faire dans toute l'étendue de la plaie, est encore le meilleur moyen de traitement, parce que ce qui a été rapproché ne se désunit que rarement, surtout en entier.

6° Outre les chances d'une guérison plus prompte que par toute autre méthode de pansement, la suture entortillée, en assimilant les opérations de cancer du sein les plus graves aux opérations sous-cutanées, épargne aux malades le danger de la fièvre traumatique, celui des érysipèles et de tout le cortége des accidents aigus, qui se développent si souvent à la suite des opérations que l'on pratique au sein et à l'aisselle par les procédés ordinaires.

7° Les cicatrices des plaies du sein, même les plus étendues, traitées par la suture entortillée, sont linéaires et solides; tandis que celles des plaies, traitées par la méthode ordinaire offrent une grande étendue et sont très-sujettes à se déchirer.

8° Enfin, avec la suture entortillée, le chirurgien peut ordinairement obtenir en trois jours, ou tout au plus en trois semaines, une guérison que jusqu'ici on n'obtenait pas toujours en trois mois, et il arrive à cette guérison en épargnant aux malades toutes les chances défavorables, tous les accidents locaux et généraux graves qui accompagnaient autrefois le traitement des plaies succédant aux opérations pratiquées pour l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle. (*Ann. de la chirurg. franç. et étrang.*, janv. 1845.)

TUMEUR ÉRECTILE *de la lèvre supérieure* (*Traitement par la cautérisation et guérison d'une*). Nous trouvons dans le Journal de médecine de Bordeaux l'observation suivante qui, sous le rapport clinique, a bien quelque intérêt. — Mme Meissan vint à Bordeaux, le 7 avril 1844, réclamer nos soins pour sa fille âgée de 22 mois. Cette petite malade, d'une constitution lymphatico-sanguine, a présenté, dès l'âge de trois mois, au niveau du filet de la lèvre supérieure, une petite élevure du volume d'un pois, rouge d'abord, puis violacée toutes les fois que l'enfant criait: alors aussi la lèvre augmentait de volume. Depuis cette époque, point de départ des remarques de la mère, ce nævus maternus rouge et saillant a été croissant, et au moment de notre examen, c'était une tumeur occupant la lèvre supérieure tout entière, et plus particulièrement le côté gauche que le côté droit. Stationnaire dans le principe, elle ne s'était développée avec rapidité que depuis quelques mois.

Il nous fut facile de diagnostiquer, *à priori*, une tumeur érectile. La lèvre, épaisse, colorée en bleu à sa surface cutanée, en violet à sa surface muqueuse, était le siége de battements artériels manifestes. Elle était molle, tendue lorsque l'enfant criait, et facilement dépressible sous le doigt. L'indication n'était pas douteuse, il fallait agir sans différer.

La compression nous parut aussi difficile à exercer qu'insuffisante. Les caustiques avaient déjà échoué entre les mains de l'auteur. Les ligatures des artères labiales n'offraient pas plus de chances de succès, ou raison des nombreuses anastomoses qui, à n'en pas douter, auraient continué à alimenter la tumeur. Toutefois, on se décida à pratiquer cette ligature comme moyen auxiliaire de l'ablation de la tumeur. Le 11 avril dernier, la petite malade étant maintenue, la lèvre supérieure saisie par M. Coster, « je portai, dit l'auteur, une aiguille courbe armée d'un fil sous les artères à lier, et ce ne fut pas sans une grande difficulté que cette ligature médiate fut posée. » La lèvre étant ensuite incisée, une masse érectile assez considérable fut saisie avec des pinces à dissection et excisée par le bistouri. Une hémorrhagie en nappe suivit aussitôt. On lui opposa vainement la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Un filet

de sang vermeil, dardé à grande distance, ne put être ainsi arrêté ; l'enfant pâlissait, la syncope était imminente; c'est alors que l'auteur se décida à éteindre trois cautères rougis à blanc. L'hémorrhagie cessa aussitôt. Pansement léger compressif. Lait pour tout aliment. A peine si un mouvement fébrile eut lieu. Le 16, les ligatures étaient détachées; le 19, l'hémorrhagie reparut. On fut obligé de cautériser de nouveau avec le fer rouge, et cela très-profondément : trois cautères furent éteints sur la lèvre. Depuis lors cette lèvre s'est indurée dans toute son étendue, puis elle a diminué de volume, surtout à droite. Les battements, qui avaient cessé dès la première opération, n'ont pas reparu. La coloration de la lèvre est redevenue normale tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et aujourd'hui, 11 décembre, huit mois après l'opération, le succès ne s'est pas démenti. Malgré le succès obtenu par le traitement auquel M. Barnetche a donné la préférence, nous ne nous déterminerions que bien difficilement à suivre son exemple : les dangers courus par le petit malade justifient suffisamment notre manière de voir. Sur un enfant âgé de 22 mois, un procédé opératoire qui exige deux ligatures préalables d'artères difficiles à trouver ; l'excision d'une masse considérable de tissus vasculaires et nerveux, et de plus deux cautérisations extrêmement douloureuses, un tel procédé, disons-nous, offre des inconvénients trop sérieux pour qu'il soit accepté sans examen. Si on considère l'hémorrhagie qui a failli à deux reprises causer la mort de l'opéré, on se demandera de quelle utilité fut la double ligature des artères coronaires. Chez l'enfant surtout, dont la vascularité est si développée à la face, l'impuissance de cette ligature à prévenir l'hémorrhagie était facile à prévoir; dès lors on eût dû s'en abstenir. La compression exercée par les doigts des aides eût eu plus d'efficacité, sans toutefois ajouter au procédé mis en usage une valeur que dans l'espèce nous ne lui reconnaissons pas. Ce qu'il fallait faire ici, suivant nous, c'était de traiter cette tumeur érectile par la méthode de M. Lallemant de Montpellier, qui consiste à déterminer l'oblitération des vaisseaux et consécutivement l'atrophie des tissus érectiles en les traversant dans toute leur épaisseur par des épingles. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, décemb. 1844.)

VARIOLE (*Bons effets de l'emplâtre de Vigo, pour prévenir les cicatrisations de la*). Nous avons très-souvent appelé l'attention des praticiens sur les diverses méthodes abortives de la variole, et sur l'emplâtre de Vigo en particulier. Mais les choses réellement utiles doivent être souvent rappelées ; aussi dirons-nous quelques mots de deux nouveaux exemples de la puissance ectrotique de l'emplâtre de Vigo, publiés par M. le docteur Charcellay, de Tours, qui viennent s'ajouter à la masse considérable de faits connus aujourd'hui, et qui prouvent l'efficacité de cet agent. Nous avons même lieu d'être surpris qu'un moyen simple, facile, efficace, n'offrant jamais le moindre danger, et qui procure au contraire un notable soulagement aux malades, qui les préserve surtout des affreuses cicatrices dont sont stigmatisées les malheureuses victimes de cette maladie; nous sommes surpris, disons-nous, que l'emploi de ce moyen ne soit pas plus général.

Les faits de M. Charcellay sont relatifs à deux petits garçons, deux frères, l'un de huit, l'autre de dix ans, non vaccinés et atteints tous les deux de variole confluente, avec les symptômes généraux propres à cette affection. Chez l'un, l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* fut appliqué sur le visage le sixième jour de l'éruption, chez l'autre également, mais après avoir été précédé pendant deux jours par des applications d'onguent mercuriel. Chez le premier, six jours après l'application, la fièvre avait cessé et la résolution des pustules était complète. Chez le second, la résolution était terminée au neuvième jour de l'éruption, et chez tous les deux la période de suppuration avait avorté. La convalescence fut franche, et toutes les parties qui avaient été recouvertes de l'emplâtre ne présentent aucune cicatrice. (*Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, deuxième trimestre 1844.)

VARIÉTÉS.

—

Contestation entre le médecin en chef et le chirurgien de Charenton. — Il faut bien que nous disions quelques mots d'une discussion étrange et singulière qui s'est élevée entre le médecin en chef et le chirurgien de la Maison royale de Charenton, discussion que n'ont pu terminer ni un arbitrage amiable, ni l'administration de la maison, ni le ministre de l'intérieur, ni même l'Académie de médecine, quoiqu'elle y ait consacré deux mois de son temps et neuf longues séances de comité secret, sans parler des nombreux mémoires publiés par les parties belligérantes et de l'intervention toute naturelle de la presse périodique.

De quoi s'agissait-il donc, et quel immense intérêt scientifique ou professionnel était donc mis en cause? Nous éprouvons, en vérité, quelque embarras à le dire, et nos lecteurs, une fois instruits de la cause et de la nature du différend, ne comprendront pas assurément tout le bruit qui s'est fait et l'énorme perte de temps volontairement subie par l'Académie de médecine.

La Maison royale de Charenton est spécialement, uniquement consacrée, comme on le sait, au traitement de l'aliénation mentale. On n'y reçoit absolument que des aliénés ; aussi n'y a-t-il à proprement parler dans cet établissement qu'un service médical *ad hoc*. Cependant, un aliéné peut être atteint d'ophthalmie, de fracture, de luxation, d'une maladie chirurgicale, en un mot ; aussi l'administration a-t-elle compris que les soins spéciaux d'un chirurgien pouvaient être nécessaires, et a-t-elle dès le principe chargé un chirurgien de remplir les indications chirurgicales qui pourraient surgir. On comprend tout de suite que la position d'un chirurgien dans une maison semblable ne peut en aucune façon être assimilée à celle d'un chirurgien de tout autre établissement nosocomal. Un aliéné blessé ou atteint spontanément de quelque affection chirurgicale n'en est pas moins toujours aliéné, n'en doit pas moins toujours rester sous la surveillance du médecin qui le soigne. Aussi, à vrai dire, n'est-ce point sur la possession de l'aliéné vivant que roule la contestation, mais bien sur celle de l'aliéné mort. Un aliéné qui succombe pendant le cours d'une affection chirurgicale, à qui, du chirurgien ou du médecin, appartient le droit d'en faire l'autopsie? — A moi, a dit le chirurgien, puisque votre aliéné est mort d'une maladie intercurrente qui a nécessité mon ministère. — Non pas, s'il

vous plaît, a dit le médecin, car vous n'êtes ici que pour panser les vivants, et tous les éléments d'étude et de recherches qu'on peut faire ici sur l'aliénation m'appartiennent.

Ces deux contendants ne voulant rien céder de leurs prétentions, et des conflits pouvant surgir, l'administration locale chercha d'abord à les mettre d'accord, mais infructueusement; une tentative d'arbitrage amiable n'eut pas plus de succès; le ministre y perdit son temps : ce que voyant, il se débarrassa de la question en la soumettant à l'Académie de médecine.

Cette compagnie a eu le tort, à notre avis, de ne pas apercevoir tout de suite que c'était là une question d'administration intérieure dans laquelle elle ne pouvait s'immiscer. De deux choses l'une, ou il existe des règlements qui fixent les attributions respectives du médecin et du chirurgien de Charenton, et alors c'est au ministre seul de les faire exécuter; ou il n'en existe pas, et dans ce cas encore c'est au ministre et non à l'Académie de les provoquer. Ce n'est qu'après neuf séances perdues pour la science et au détriment de ses occupations habituelles, que l'Académie, ne pouvant sortir des inextricables embarras que cette longue et confuse discussion soulevait de plus en plus, a fini par où elle devait commencer, c'est-à-dire par renvoyer toute solution au ministre, qui seul peut mettre un terme à ces affligeants débats.

Quant au fond même de la querelle, nous n'en dirons qu'un mot. Sous le long exercice de Royer-Collard à Charenton, sous celui plus long encore du respectable Esquirol, rien de semblable à ce qui vient de se passer ne s'est produit. C'est que ces maîtres honorables n'avaient probablement besoin ni de ministres, ni de règlement, ni d'une incitation quelconque pour comprendre les égards, la bienveillance, les bons rapports que l'on se doit mutuellement entre confrères. Refuser à un chirurgien qui en manifeste le désir l'autopsie d'un sujet aliéné, mort d'une maladie intercurrente qui a nécessité l'intervention de son art, nous paraît peu digne de notre époque et de nos mœurs; ce n'est pas en tout cas un acte de bonne confraternité. Mais vouloir contester au médecin d'un asile semblable le droit de suivre, en toute circonstance, jusqu'après la mort, tous les éléments de son observation, ceci nous semble insoutenable, disons-le même, absurde.

De la fréquence de l'aliénation mentale dans la population noire libre ou esclave des Etats-Unis. — Plusieurs tentatives ont été faites pour arriver à quelques résultats intéressants sur la fréquence de l'aliénation chez les variétés de l'espèce humaine. Une occasion bien favorable s'est présentée aux États-Unis d'éclairer cette question ; c'est le recensement décennal qui a été fait en 1841 de la popu-

lation blanche et de la population noire. Le fait qui doit frapper le plus dans les résultats numériques que nous allons donner, c'est l'immense disproportion entre la fréquence de l'aliénation dans la race nègre dans les États du Nord et dans ceux du Sud. Dans les États du Nord, où les nègres et les mulâtres sont libres, ils comptent 1 aliéné ou 1 idiot sur 144, tandis que dans les États du Sud, où la population noire est dans l'esclavage, on ne trouve que 1 aliéné sur 1558 : ce qui établit que la disposition à la folie est 11 fois plus forte chez le noir libre des États du Nord que chez le noir esclave de ceux du Sud. — Le tableau suivant présente le résumé des documents nombreux qui embrassent à la fois mais séparément les quinze États du Nord et les quinze États du Sud des États-Unis d'Amérique.

La population noire libre des États du Nord est de 171,894; elle compte 1,191 aliénés, ce qui donne la proportion de 1 sur 144.

La population noire esclave des États du Sud est de 2,701,491 ; le chiffre des aliénés y est de 1,731, ce qui met la proportion des aliénés à celle de 1 sur 1,557.

Veut-on savoir le chiffre des aliénés sur la population blanche des mêmes États ? le voici : États du Nord, 9,557,065 individus ; aliénés 9,693 ; proportion, 1 sur 995. — États du Sud, 4,632,153 individus ; aliénés 4,900 ; proportion, 1 sur 945.

Mort d'Abercrombie. Le docteur Abercrombie, qui était, avec Abernethy, Astley Cooper et Charles Bell, l'un des médecins de la Grande-Bretagne les plus connus sur le continent, est mort à Édimbourg le 14 novembre dernier, à l'âge de soixante-trois ans. Il se préparait à sortir comme à l'ordinaire après son déjeuner, lorsqu'il tomba la face contre terre et mourut subitement. A l'autopsie, on a trouvé le péricarde plein de sang coagulé, et une déchirure longitudinale de la face postérieure du ventricule gauche, déchirure qui avait intéressé une des veines coronaires, et par laquelle s'était faite l'hémorrhagie.

Action du mercure sur les gencives. — Voici un fait qui semble prouver que le mercure n'agit sur les gencives que lorsque celles-ci sont garnies de leurs dents. Une femme appartenant au service de M. A. Bérard, à la Pitié, a été soumise à l'usage des frictions mercurielles jusqu'à salivation. Or, cette femme n'avait que deux chicots ; et l'on a remarqué que la stomatite mercurielle s'était manifestée seulement dans le voisinage de ces deux chicots.

— Le Conseil royal de l'instruction publique a examiné, dans sa séance du 25 janvier dernier, ***la Bibliothèque du médecin praticien,*** que M. le docteur Fabre avait présentée à l'adoption universitaire. D'après la délibération du Conseil royal, l'usage de cet ouvrage est

autorisé dans les Facultés de médecine et dans les Écoles préparatoires de médecine du royaume.

— On va élever un monument funèbre dans l'église de Saint-Paul, à Londres, au célèbre chirurgien Astley Cooper.

— La patente médicale produit en Angleterre, dit-on, année moyenne, 30,190 livres sterling, c'est à-dire la somme de 754,750 fr. C'est une misère; pourquoi laisser encore cet impôt humiliant sur nos confrères anglais?

— Par une ordonnance royale en date du 7 de ce mois, rendue sur le rapport de M. le ministre de la marine, M. le docteur Kéraudren, inspecteur général de service de santé de la marine, a été admis à faire valoir ses droits de pension à la retraite pour ancienneté de service. — Par une autre ordonnance du même jour, M. le docteur Foullioy, premier chirurgien en chef, qui exerçait à Paris, depuis plus d'un an, les fonctions d'adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine, a été promu au grade d'inspecteur général de ce service. La nomination de M. Foullioy a été accueillie avec satisfaction par le corps de santé de la marine. On se félicite de voir arriver à un poste éminent un homme jeune encore, ayant des titres scientifiques incontestables. Animé de bonnes intentions, il suscitera, il réalisera des améliorations désirables dans ce service important.

— Le tribunal de Versailles vient de juger une question qui intéresse le corps des médecins. Il s'agissait de savoir si la cession d'une clientèle de médecin est un contrat licite. Un médecin avait cédé une clientèle importante. A l'échéance du premier terme de payement, l'acquéreur refusa d'exécuter le contrat, et prétendit que la convention était nulle comme contraire aux lois, et comme portant sur une chose qui n'est pas dans le commerce. Mais le tribunal a rejeté la demande en nullité, attendu que la cession d'une clientèle de médecin n'a rien de contraire aux lois et aux bonnes mœurs.

— La ville de Paris a reçu des hôpitaux et hospices, en vertu du décret de 1807, la somme de 12,330,577 fr., provenant de la vente de plusieurs centaines de maisons. Depuis cette époque, la ville paye aux hospices 616,528 fr. d'intérêt à raison de 5 pour 100. En ne calculant que depuis vingt ans, les hôpitaux et hospices ont reçu ainsi de la ville, pour intérêts, la somme de 12,330,577 fr., c'est-à-dire le montant du capital donné. Si l'administration des hospices n'avait pas vendu ses maisons, les frais auraient absorbé, pendant le même temps, plus de 4 millions; et si l'on calcule les intérêts des 12,330,577 fr. reçus, la perte, pour les hospices, aurait été de plus de 8 millions.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU CROUP ET DE SON TRAITEMENT PAR LES VOMITIFS RÉPÉTÉS.

Par M. FORGET, professeur de la Faculté de Strasbourg.

Il est certaines maladies, à bon droit redoutées, du nom desquelles les médecins abusent trop souvent, soit pour atténuer la responsabilité d'une catastrophe, soit pour enfler le mérite d'un succès. Telles sont la fièvre cérébrale, la fièvre typhoïde, le croup, etc. Quant à ce dernier, vous rencontrez tous les jours des parents qui font comme parade des nombreuses attaques de croup dont leurs enfants ont été, soi-disant, affectés et guéris, et il est peu de médecins qui ne se vantent volontiers d'avoir traité avec succès bon nombre de cas de cette maladie. Cependant, les praticiens instruits et consciencieux n'accueillent ces prétendues guérisons qu'avec une défiance trop légitime, et si l'on cherche à pénétrer au fond de ces prouesses, on s'aperçoit bientôt qu'il ne s'agit le plus souvent que de simples laryngites, ou de ces angines dites *striduleuses*, auxquelles il ne manque, en effet, que la pièce de conviction, la pseudo-membrane qui forme le caractère essentiel du croup véritable. C'est que bien des médecins, il faut le dire, pensent naïvement que toute affection du larynx tient plus ou moins du croup, ignorant cette condition *sine qua non* d'un produit pseudo-membraneux obstruant la glotte et les parties sous-jacentes; sans compter ceux qui, comme nous l'avons dit, exploitent la crédulité et les terreurs vulgaires. Pour moi, depuis plus de vingt-cinq ans que j'ai l'honneur de pratiquer la médecine, j'ai pu observer bon nombre d'affections aiguës du larynx dont les unes, les angines striduleuses, ont toujours été suivies de guérison, et dont les autres, constituant le croup véritable, ont été constamment suivies de mort, en dépit même de la trachéotomie pratiquée par les mains les plus habiles. Je crois donc offrir au lecteur un cas assez rare en lui soumettant l'observation d'un coup réel, avec expulsion de fausses membranes bien constituées et qui fut suivi de guérison.

Sous le règne d'une constitution froide et brumeuse prolongée, nous avons vu dans ces derniers temps, à Strasbourg, se multiplier les affections catarrhales, soit simples, soit connexes à d'autres affections, notamment aux fièvres éruptives qui depuis quelque temps se produisent en assez grand nombre. Nous avons eu connaissance de plusieurs enfants affectés de croup et qui tous ont succombé. Il n'y a pas un mois

que j'ai moi-même assisté un honorable confrère dans le traitement d'un enfant pris du croup au début d'une rougeole; et qui a péri promptement suffoqué, malgré le traitement le plus énergique.

C'est dans ces circonstances que, le 22 janvier 1845, je fus appelé pour donner des soins à la petite fille de M. X..., chef d'institution. Cette enfant, âgée de cinq ans, de constitution assez bonne, quoiqu'un peu délicate, est placée dans les conditions hygiéniques les plus salubres. Depuis cinq ou six jours la petite était affectée de bronchite simplement catarrhale, ainsi que plusieurs autres enfants de la maison ; mais chez elle le rhume affecta promptement plus de gravité, la voix s'altéra jusqu'à l'aphonie et la toux prit graduellement un timbre suspect. Lorsque je la vis, elle avait eu, les deux nuits précédentes, des réveils en sursaut avec accès de suffocation qui se calmaient bientôt. La respiration paraissait assez libre, mais elle était accompagnée d'un bruit intense, grave et sec au niveau du larynx, la face était colorée, un peu turgescente, la peau chaude, le pouls dur et fréquent. Ces phénomènes extérieurs, joints aux commémoratifs, me donnaient déjà de graves soupçons sur la nature du mal, soupçons que confirma l'examen ultérieur : la voix était complétement aphone ; la toux, assez rare et sèche, était stridente et comparable au chant d'un jeune coq, expression consacrée, bien que souvent la toux croupale soit caractérisée par une raucité grave, caverneuse, non moins expressive que ce glapissement striduleux. A l'inspection de l'arrière-bouche, je reconnus un engorgement d'un rose blafard, comme œdémateux, notamment aux amygdales qui offraient quelques taches blanchâtres, circonscrites, isolées, semblables à des aphthes plutôt qu'à de véritables fausses membranes ; néanmoins je les jugeai de mauvais augure. Le stéthoscope appliqué sur le larynx transmettait plus fortement qu'à distance ce bruit respiratoire rude, intense, mêlé parfois d'un peu de sibilance. La poitrine, sonore partout, n'était le siége d'aucun bruit particulier, à part la propagation de la sibilance laryngo-trachéale. La déglutition était facile ; rien du côté de l'appareil digestif et du système nerveux.

Bien que ces symptômes ne me donnassent pas la certitude matérielle de la présence d'une fausse membrane dans le larynx, c'en était assez pour agir comme à l'égard d'un croup réel ; en conséquence je prescrivis :

1° Vomitif *illico*. Prenez : Sirop d'ipécacuanha... 16 grammes.
Poudre d'ipécacuanha. 30 centigr.

Mêlez. A prendre par cuillerée à café, de dix en dix minutes jusqu'à vomissement répété.

2° Après le vomitif, appliquez deux sangsues au col et des cataplasmes sinapisés aux jambes.

3° Solution de gomme; diète.

A la troisième cuillerée de la potion, l'enfant vomit plusieurs fois des matières simplement glaireuses. Un selle normale; on promène des sinapismes; mais les sangsues ne sont pas appliquées.

La nuit suivante fut, comme les deux précédentes, accompagnée d'anxiété et marquée par quelques accès de suffocation.

Le lendemain 23, à midi, même état que la veille : respiration, voix, toux caractéristiques. Les taches des amygdales persistent. Nous prescrivons :

1° Deux sangsues au cou.

2° Toucher l'arrière-gorge avec miel hydrochlorique.

3° Promener des sinapismes sur les membres inférieurs.

Vers quatre heures l'enfant rend, dans une quinte de toux, une fausse membrane constituant un tube complet, blanchâtre, assez résistant, de trois centimètres de longueur sur un centimètre de largeur, affectant, en un mot, la forme et les dimensions de la trachée. Elle est accompagnée de quelques détritus pseudo-membraneux amorphes et de mucosités filantes. C'était le *corps du délit*.

Je revois la malade à sept heures du soir; elle est plus calme; mais pensant que je n'avais pas sous les yeux la totalité de la fausse membrane dont j'avais d'ailleurs à redouter la reproduction, je prescris :

1° Renouveler à l'instant le vomitif avec l'ipéca.

2° Appliquer un vésicatoire sur le sternum.

3° Insister sur la rubéfaction des membres.

(Les sangsues avaient donné abondamment.)

Les efforts de vomissement amenèrent l'expulsion de nouvelles pseudo-membranes, dont un fragment tubaire de même largeur, mais plus long que le précédent. Un calme marqué suit cette évacuation, la nuit est plus paisible que les précédentes ; point de suffocations.

Le 24, à onze heures, l'enfant est tranquille, respirant assez librement; le bruit laryngé est moins intense, plus humide, toujours mêlé de sibilance, l'aphonie persiste, la toux est encore striduleuse, mais sèche; les amygdales sont nettoyées, d'un rose plus franc. L'auscultation du thorax n'offre rien de particulier. Mouvement fébrile modéré, appétit, constipation. Prescription :

1° Renouveler le vomitif.

2° Placer un second vésicatoire au bras ; faire sécher celui du thorax.

3° Continuer les sinapismes.

4° Lavement purgatif, si le vomitif ne produit pas de selles.

Le vomissement donne lieu à l'expulsion de quelques débris pseudo-membraneux, irréguliers, moins consistants, quelques-uns même gélatineux, mêlés à d'abondantes mucosités. Une selle par lavement.

A huit heures du soir, état calme, toujours aphonie, toux moins discordante, sibilance mêlée de râles humides dans le larynx. Prescription:

Laxatif. Prenez : Calomel............ 40 centigrammes.
Sucre en poudre..... 1 gramme.

Divisez en huit paquets; à prendre une prise d'heure en heure dans une cuillerée d'eau sucrée, jusqu'à purgation.

La seconde prise produit des vomissements avec quelques vestiges de détritus pseudo-membraneux et albumineux. Quatre selles.

Le 25, le mieux se confirme, bien que la voix et la toux restent encore altérées. Nous tenons la malade aux émollients et à la diète, malgré son appétit, et recommandons expressément de réitérer le vomitif à la moindre apparence d'aggravation.

Le 26, nuit bonne, sommeil non interrompu; la voix revient, la toux est catarrhale, des crachats simplement muqueux sont expulsés. Point de fièvre. (Émollients, sinapismes le soir, soupe au lait.)

Le 27, la voix est revenue, la toux est rare et humide, l'enfant a repris sa gaieté; nous la considérons comme convalescente. (Cinquième jour du traitement, septième de l'invasion des accidents graves.)

Le 29, elle est levée et a repris ses habitudes ordinaires; nous recommandons seulement de la tenir dans la chambre.

Nous ferons expressément remarquer que chez les autres enfants que, par précaution, nous avions isolés de la malade, la bronchite a suivi les périodes ordinaires d'un rhume léger.

Le croup se présente souvent sous un aspect plus formidable, il est vrai; mais qui pourrait affirmer que sans les moyens mis en usage la pseudo-membrane eût été de même expulsée et que l'enfant n'eût pas péri? Le premier vomitif ébranle le tube pseudo-membraneux dont la toux expulse une portion. Le second vomitif fait rendre des débris plus considérables encore. La forme de ces débris, ainsi que l'auscultation et l'ensemble des symptômes, constatent qu'heureusement le croup ne descend pas jusqu'aux ramifications bronchiques; mais n'eût-il pas fini par y pénétrer? Un troisième, un quatrième vomitif expulsent encore des détritus pseudo-membraneux, mais peu considérables, irréguliers, de consistance décroissante jusqu'à la gelée et au mucus. Pendant cela, une application de sangsues, les émollients, une dérivation énergique s'attachent à la source du mal; et en définitive, l'inflammation croupale est conjurée. Certes! les mêmes procédés ne seront pas toujours,

tant s'en faut, suivis de résultats aussi heureux, mais ce fait mérite au moins d'être enregistré parmi les rares exemples de succès, et comme spécimen des moyens vraiment rationnels à mettre en usage.

Le croup est, dit-on, une inflammation spécifique : nous disons, nous, que c'est une inflammation avec circonstances spéciales de cause : la constitution froide et humide de l'atmosphère ; d'âge : les enfants en étant plus particulièrement affectés ; de tempérament : la constitution lymphatique y étant généralement plus exposée ; de degré d'inflammation : la rougeur gutturale étant en général peu vive, comme œdémateuse ; de produit morbide : la pseudo-membrane se substituant au mucus ou au pus qui sont sécrétés dans d'autres circonstances ; en un mot, le croup est pour nous un composé d'*éléments* spéciaux et congénères, plutôt que le produit d'un principe mystique désigné sous le nom vide et mystérieux de génie spécifique. Si vous faites une maladie spécifique du croup, je demande que vous fassiez des maladies spécifiques de la pleurésie, de la péricardite sèches, constituées par un produit pseudo-membraneux, du vésicatoire qui se couvre d'une couenne au lieu de suinter de la sérosité, etc. Cette analyse pathogénique nous paraît plus féconde en inductions rationnelles, pratiques, que ces grands mots dépourvus de sens qui ne sont que l'expression de notre paresse d'esprit et de notre ignorance.

Ceci posé, l'on peut déduire le degré d'utilité des moyens usités contre le croup, et dont l'expérience a d'ailleurs constaté l'efficacité relative. Il est un préjugé trop répandu dans la pratique : c'est que la nature essentielle, primitive, d'une maladie implique rigoureusement et toujours l'emploi des moyens indiqués *a priori* par l'essence morbide ; ainsi une inflammation indiquerait toujours l'emploi des antiphlogistiques *directs*. On oublie d'abord que la pratique journalière donne un éclatant démenti à cette règle, et que des phlegmasies incontestées guérissent fréquemment sous nos yeux par l'emploi de vrais irritants ; secondement, qu'il est plusieurs moyens d'attaquer une même affection et d'arriver au but par des voies détournées ; les révulsifs, les irritants *substitutifs* en sont la preuve ; enfin, que certaines affections comportent plusieurs éléments que l'on peut attaquer séparément, d'où résulte la solution définitive de la maladie, de même que la soustraction d'un des composants change la nature d'un corps composé ; axiome de chimie qui en est un aussi de thérapeutique ; témoin les heureux effets de l'opium dans les phlegmasies douloureuses, la dyssenterie en particulier ; témoin l'antipériodique, le quinquina qui enlève merveilleusement les affections périodiques de toute nature, etc. Appliquant cette doctrine des éléments au croup lui-même, nous verrons d'abord que, bien qu'il ait l'inflam-

mation pour origine, ce n'est pas l'élément inflammation qui le rend prochainement fatal ; c'est l'élément pseudo-membrane, qui intercepte les voies respiratoires. En conséquence, bien qu'il soit toujours rationnel de combattre l'inflammation génératrice de la fausse membrane, c'est celle-ci qu'avant tout il est urgent de soustraire. Ici, l'effet absorbe la cause, et les antiphlogistiques directs ne constituent plus qu'une indication secondaire. Il y a plus : la pseudo-membrane étant, en général, le produit d'une inflammation de moyenne intensité, sévissant chez des sujets le plus souvent lymphatiques, il pourrait devenir rationnel d'exciter cette inflammation pour en modifier, en liquéfier le produit. Certes ! il serait désirable de pouvoir changer en pus cette sécrétion pseudo-membraneuse.

Si les saignées générales et locales, les émollients, les antiphlogistiques directs, en un mot, sont impuissants contre l'élément mortel, la pseudo-membrane une fois constituée, il en sera de même des antiphlogistiques indirects, rubéfiants cutanés, purgatifs, etc., que nous appliquerons pourtant, mais comme moyens accessoires. Je crains qu'il en soit de même des moyens considérés comme pouvant dissoudre la pseudo-membrane, les mercuriaux, les sulfureux, etc. ; leur action est trop lente et trop incertaine ; quant aux dissolvants directs, l'alun, le calomel, le nitrate d'argent, il est à peu près impossible de les introduire dans le larynx ; donc tous ces moyens doivent aussi rester relégués parmi les remèdes accessoires ou précaires. Usons-en néanmoins à titre d'adjuvants, de préventifs, de modificateurs du mode de vitalité qui produit la pseudo-membrane.

Celle-ci une fois formée dans les cavités du larynx ne reconnaît qu'un ordre de moyens directement et promptement efficaces : ce sont les agents mécaniques, susceptibles de désobstruer immédiatement les voies aériennes, d'enlever de vive force l'obstacle mécanique à la respiration. Les meilleurs seraient ceux qui, pénétrant dans le larynx, iraient y saisir et en arracher la pseudo-membrane, soit par la glotte, ce qui nous paraît impraticable, soit par une ouverture de la trachée, comme le pratiquent les chirurgiens. Mais cette dernière opération est l'*ultima ratio* de la pratique, et l'expérience a démontré qu'elle est presque toujours illusoire, inutile, sinon funeste, au moins à la période ultime de l'asphyxie lente. Restent donc les secousses mécaniques imprimées au larynx, et les plus efficaces sont celles opérées par les vomitifs. (Je crois pourtant qu'on n'a pas suffisamment expérimenté les sternutatoires ou même les moyens de provoquer la toux.) Quoi qu'il en soit, par la violence et la répétition des secousses qui viennent aboutir à l'arrière-gorge, le vomitif est rationnellement capable de détacher cette fausse

membrane qui va produire la suffocation, et l'expérience a démontré que seul, jusqu'ici, le vomitif suffit à l'expulser. Mais cette membrane tend à se reproduire, et l'efficacité du vomitif sera d'autant plus assurée qu'on aura laissé moins de temps à la fausse membrane pour s'organiser, se reconstituer, et qu'on l'aura balayée pour ainsi dire à l'état naissant, à l'état liquide encore, avant qu'elle ait acquis toute sa plasticité : d'où l'indication des vomitifs répétés ou *coup sur coup*, comme on dit aujourd'hui.

Tel est l'effet direct, immédiat du vomitif; mais ce n'est pas tout : le vomitif peut agir comme puissant révulsif de l'irritation, et, sous ce rapport, il agit dans le sens des rubéfiants cutanés et des purgatifs; le vomitif porte à la peau et provoque des sueurs qui sont un autre mode de révulsion, à part l'influence que cette sécrétion externe peut exercer sur la sécrétion interne; enfin, le vomitif, par les violences qu'il exerce sur la gorge, peut modifier l'inflammation sécrétoire et, consécutivement, le produit sécrété; dans tous les cas, c'est un puissant perturbateur. Toujours est-il que le vomitif répété est aujourd'hui le moyen le plus efficace que nous sachions appliquer au traitement du croup, sans préjudice, bien entendu, des moyens accessoires consacrés par la pratique. Ces aperçus ne sont pas nouveaux; ils sont dans la conscience de la plupart des praticiens; ils ont été produits par la généralité des auteurs et notamment soutenus avec talent par un habile confrère, le docteur Marotte, dans un mémoire inséré dans la *Gazette médicale* de Paris (1843); nous ne faisons ici que leur donner notre assentiment et l'appui de notre observation personnelle.

Deux questions principales s'offrent maintenant à résoudre : 1° Quel est le vomitif qu'il faut choisir? 2° Quel intervalle faut-il mettre dans son administration et combien de fois faut-il le répéter? Quant au premier point, ne nous laissons pas séduire par les subtilités de la doctrine des spécifiques : c'est par l'acte même du vomissement qu'agit le vomitif, et nous devons considérer comme des excentricités exotiques ces observations qui nous viennent de croup guéri par telle ou telle espèce de vomitif. C'est ainsi que les journaux répandaient naguère des histoires de croup guéri par le vomitif d'*Hufeland*, lequel est composé d'ipéca, d'émétique et d'oxymel scillitique. Nous avons dit notre pensée sur l'action spéciale de ce vomitif (*Bulletin de Thérapeutique*, novembre 1843) : le meilleur vomitif sera donc celui qui fera le mieux vomir, sans trop fatiguer l'estomac; quant à l'action spéciale sur la texture de la fausse membrane, elle est illusoire. J'ai choisi dans l'observation que j'ai produite le sirop associé à la poudre d'ipéca, comme le mieux approprié à l'enfance. Si l'ipéca restait impuissant, prenez le

tartre stibié ou tout autre. Il est malheureusement des sujets réfractaires ; ainsi, chez un enfant dont j'ai parlé plus haut, l'ipéca n'ayant pu faire vomir, une solution de plusieurs grains d'émétique ne réussit pas mieux, et le remède conservé dut concourir au résultat fatal ; mais ces cas doivent être fort rares.

Quant à l'intervalle à mettre entre les vomitifs et à leur nombre, ne craignez pas d'en administrer deux et même plus dans un jour, et de les répéter les jours suivants jusqu'à expulsion complète et sans retour des pseudo-membranes. L'estomac, à l'état sain, supporte très-bien les vomitifs, et dût-il en résulter quelques accidents gastro-intestinaux, que sont ces accidents auprès de l'imminence d'asphyxie ?

Si donc il y a quelque chose de particulier dans notre travail, c'est le précepte de répéter à périodes rapprochées, et plusieurs jours de suite, un remède qu'on est dans l'usage de n'appliquer qu'un trop petit nombre de fois et à trop longs intervalles, pour ensuite passer trop promptement à d'autres beaucoup moins efficaces.

Prof. Forget.

CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE AIGUE DES ADULTES ET DES NOUVEAU-NÉS, ET DE LA DYSSENTERIE.

Par M. Valleix, médecin des hôpitaux, etc.

Les affections aiguës du tube intestinal jouent, tout le monde le sait, un très-grand rôle dans la pathologie. On en a, il est vrai, exagéré l'importance à une époque qui n'est pas encore éloignée ; mais, même en se tenant en garde contre cette exagération, on ne peut s'empêcher de reconnaître la vérité de la proposition précédente. Nul doute donc que le praticien ne soit intéressé à avoir sur ces maladies des notions rigoureuses et précises, et que leur traitement surtout ne soit un des points les plus utiles à étudier. Aussi les recherches des auteurs, les dissertations, les mémoires n'ont-ils pas fait défaut. Mais au milieu de tous ces travaux, il est souvent difficile de distinguer ce qu'il est véritablement important de connaître et ce qui ne saurait être qu'un vain luxe d'érudition ; c'est ce qui m'engage à entrer dans quelques considérations pratiques sur ce sujet.

Causes. Il semble que rien ne doive être mieux connu que les causes de ces maladies si fréquentes et ayant leur siége dans des organes journellement exposés à l'action de corps dont on connaît les propriétés. Et

cependant, que de vague et d'incertitude ! Quelles sont les causes de *l'entérite simple des adultes* par exemple ? de cette affection qui consiste en coliques, en selles liquides plus ou moins abondantes, en un peu de malaise, des sueurs, et peu ou point de mouvement fébrile ? Il faut en convenir franchement, nous ne connaissons aucune grande influence qui puisse être citée comme cause générale. Dans un certain nombre de cas on peut rapporter sans doute cette affection légère, et qui n'est, pour ainsi dire, que l'exagération de ce qui se passe après l'administration d'un purgatif, on peut la rapporter, dis-je, à quelque circonstance particulière, comme l'action du froid, des écarts de régime, l'ingestion d'aliments âcres ; mais les cas ne sont pas rares aussi où l'on se trouve très-embarrassé. Au reste, on n'a pas, il faut le reconnaître, fait de bien grands efforts pour sortir de l'incertitude que je viens de signaler, ce qui tient, je crois, à deux causes principales. La première, c'est que l'on n'a pas toujours bien défini ce qu'il faut entendre par entérite simple, et la seconde, c'est qu'en définitive la connaissance de la cause n'a pas, dans cette maladie, une importance majeure pour le traitement. Cette dernière raison m'engage à ne pas insister et à passer à l'*entérite des nouveau-nés*, un peu plus intéressante sous ce rapport.

Les nouveau-nés sont beaucoup plus sujets à l'entérite que les adultes, et chez eux cette maladie est bien loin d'être toujours légère. Ils sont évidemment, par leur organisation, dans des conditions semblables aux sujets déjà affaiblis par une autre affection et aux convalescents d'une maladie grave. Leur grande faiblesse peut faire chez eux une affection mortelle de ce qui, chez un adulte bien portant d'ailleurs, ne serait qu'une incommodité passagère. Chez le nouveau-né, l'entérite simple peut être funeste sans qu'il survienne aucune complication ; c'est ce que j'ai démontré dans ma *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés* (Paris, 1838), où j'ai fait voir à quels symptômes généraux intenses elle donne lieu ; mais il est plus fréquent de voir des complications ou plutôt des lésions secondaires venir hâter le terme fatal. La principale est, sans contredit, le *muguet*, qui, en pareil cas, survient dans les mêmes conditions que le muguet des derniers temps de certaines maladies chroniques chez l'adulte et le vieillard. On a pu dire que parfois le muguet peut se montrer indépendamment de l'entérite et de toute autre affection, ce qui n'est pas parfaitement prouvé pour moi, car de nouveaux faits qui ont passé sous mes yeux à la direction des nourrices sont venus confirmer mon opinion ; mais dans les cas dont il s'agit, la filiation des deux maladies n'est contestée par personne.

On ne saurait donc en douter, l'entérite simple aiguë est une affection fréquente chez le nouveau-né, et ce qu'il est plus utile de savoir,

c'est qu'elle a une gravité incomparablement plus grande que chez l'adulte. Mais quels sont les agents qui la produisent? Je n'ai, dans mes recherches, trouvé que deux causes que l'on puisse citer avec quelque certitude. La première est la grande chaleur de l'atmosphère; cependant, d'une part, il n'est pas rare de voir la maladie apparaître dans toutes les saisons de l'année, et de l'autre il est douteux que l'élévation de la température seule puisse donner naissance à l'entérite. Cette première cause n'a donc qu'une importance secondaire. Il n'en est pas de même de la seconde qui consiste dans la mauvaise alimentation à laquelle on soumet trop souvent les enfants. Presque toutes les nourrices les soumettent, dès les premiers jours de l'existence, à une alimentation féculente trop forte pour eux, et de là les nombreuses et graves entérites auxquelles ils sont sujets. Ce qui prouve que ce que j'avance n'est pas une hypothèse, c'est d'abord que tous les enfants que j'ai vus succomber à l'entérite avaient été soumis à ce régime, et en second lieu, que chez tous ceux que j'ai pu suivre en ville et pour lesquels j'ai conseillé jusqu'à quatre, cinq ou six mois l'usage exclusif du lait, je n'ai pas remarqué de semblables accidents. M. Trousseau, étudiant les mêmes maladies à l'hôpital Necker, est arrivé à de semblables résultats, et, pour lui, les dangers d'une alimentation disproportionnée aux forces digestives sont si grands, qu'il conseille de tenir les enfants presque exclusivement au sein jusqu'à ce que la première dentition soit terminée. Mais dans la plupart des cas, cette prescription paraîtra sans doute trop rigoureuse. Tout médecin prudent n'en devra pas moins insister fortement pour éloigner autant que possible cette cause d'une grave maladie. Il ne devra pas permettre qu'on donne des bouillies, des panades pendant les premiers mois, et il devra veiller à ce que ces aliments ne soient pris d'abord qu'en petite quantité et avec précaution.

Si nous passons aux causes de la *dyssenterie*, nous éprouvons encore de grandes difficultés, et, sur ce point, on doit s'en rapporter au docteur Ozanam qui a, comme on sait, étudié particulièrement les diverses épidémies. Cet auteur, en effet, n'a pu trouver ni dans l'âge, ni dans le sexe, ni dans les climats, ni même dans les saisons la cause de la dyssenterie. Je dois par conséquent me contenter de quelques appréciations générales, d'autant plus que je n'ai pas la prétention d'étudier ici en détail l'étiologie de cette affection, mais seulement de me livrer à quelques considérations pratiques.—Si nous considérons la dyssenterie à l'état épidémique, nous voyons que deux causes qui ont une grande analogie ont frappé les auteurs. La première est l'action des exhalaisons provenant des corps en putréfaction, des détritus animaux, et la seconde l'action des effluves marécageux. Cette dernière cause, déjà signalée par

plusieurs auteurs qui se sont occupés des maladies intermittentes, a été surtout indiquée par MM. Masselot et Follet qui nous ont donné une histoire de l'épidémie de dyssenterie de Versailles en 1842. Comment agissent ces causes? Comment exercent-elles sur le tube intestinal une action capable d'en enflammer si violemment l'extrémité inférieure? Suffisent-elles seules pour déterminer la maladie, ou faut-il le concours d'autres circonstances? C'est ce qui n'est pas encore suffisamment éclairci. Quant aux autres causes, elles ont beaucoup moins d'importance. Faisons néanmoins une exception en faveur de la contagion; car on a cité un assez bon nombre de faits pour prouver son existence. Toutefois, c'est là encore une question qui n'est pas complétement résolue. Je ne parle pas des causes de la dyssenterie sporadique, attendu qu'elles ne nous présentent rien de particulier.

En somme, nous voyons que l'étiologie de l'entérite des nouveau-nés est, dans l'état actuel de la science, celle qui a le plus d'importance pour le praticien; car elle lui indique l'alimentation qu'il faut prescrire dans les premiers temps de la vie, où l'existence est si fortement menacée et où toutes les précautions hygiéniques ont une si grande valeur. On peut, jusqu'à un certain point, en rapprocher l'entérite des convalescents et des valétudinaires, et c'est une proposition qu'il suffit d'énoncer, car qui ne sait combien peuvent être funestes, dans de semblables circonstances, les divers écarts de régime? Ainsi, chez les enfants très-jeunes, les convalescents et les valétudinaires, ce qui ne produirait, dans toute autre condition, qu'une incommodité très-légère, ou même ne donnerait lieu à aucun accident, peut faire naître une entérite mortelle. Quel est donc le lien qui unit ces trois états? Evidemment la faiblesse considérable, naturelle chez les enfants nouveau-nés, accidentelle chez les autres. Et ce n'est pas là, il s'en faut, le seul point de ressemblance que nous présentent, sous le point de vue de la pathogénie, les nouveau-nés et les sujets malades ou convalescents de maladies graves; mais je ne veux pas pousser plus loin cette comparaison, quelque intéressante qu'elle soit; car ce serait sortir du cadre que je me suis tracé.

Diagnostic. Aujourd'hui que les idées théoriques émises par l'*école dite physiologique* sont à peu près généralement abandonnées, on peut dire que le diagnostic des affections dont il s'agit ici ne peut fournir matière à des considérations générales d'une grande importance. Personne n'admet plus que l'inflammation simple de l'intestin constitue la fièvre typhoïde lorsqu'elle devient très-intense et lorsqu'elle se concentre dans les glandes de Peyer. On ne peut d'ailleurs douter que Broussais n'ait imaginé cette explication en désespoir de cause et dans le seul but de défendre jusqu'au bout une hypothèse ruinée. Les seuls

points sur lesquels je dois par conséquent attirer l'attention du lecteur sont : 1° l'état de simplicité ou de complication de l'entérite simple ; 2° l'état épidémique ou sporadique de la dyssenterie, et 3° la ligne de démarcation qu'on a établie entre ces deux affections.

J'ai déjà dit un mot de la première de ces trois questions lorsque j'ai comparé à l'entérite des enfants celle des convalescents et des sujets atteints d'une autre maladie. Mais c'est un point trop capital pour négliger d'y revenir lorsque l'occasion s'en présente. Qui n'a vu chez des individus affectés d'une maladie aiguë ou chronique, ou seulement affaiblis considérablement par une affection antécédente, des entérites évidemment simples, qui n'auraient demandé, dans l'état ordinaire, que quelques légers soins, se prolonger, épuiser les sujets et même menacer la vie par leur violence? Toutes choses égales d'ailleurs, l'entérite n'a pas, il est vrai, une aussi grande gravité, dans les circonstances dont il s'agit, que d'autres affections, comme la laryngite, la pleurésie, l'érysipèle, etc. ; mais ce qu'il faut avoir bien présent à l'esprit, c'est que, par ce seul fait de complication, elle devient plus à craindre, dans une proportion qu'on ne soupçonnerait pas si l'expérience ne nous l'avait pas fait connaître. Rechercher donc s'il existe ou non une complication, lorsqu'on est appelé auprès d'un malade affecté d'entérite, est un devoir réel pour le médecin ; car autrement il ne peut établir sur des bases solides ni son pronostic ni son traitement.

Il est à peine besoin de dire combien il importe de s'assurer si la dyssenterie est simplement sporadique ou s'il existe quelques signes d'épidémie. Tous les praticiens savent, en effet, quelle différence il y a pour la gravité de l'affection, dans ces deux conditions capitales. Tandis que la dyssenterie aiguë sporadique est une affection presque toujours légère et se terminant facilement par la guérison, la dyssenterie épidémique est si grave, que d'après les relevés de M. Ozanam sa mortalité surpasse celle de la plupart des autres épidémies. On sent donc combien le traitement doit être plus énergique en pareil cas. Il y a, il est vrai, des exceptions à cette règle, mais elles sont bien rares.

Enfin est-il facile de tracer une ligne de démarcation bien précise entre la dyssenterie et l'entérite simple? Cette question n'a évidemment de l'importance que relativement à la dyssenterie sporadique ; car, dans le cas d'épidémie dyssentérique, l'affection revêt rapidement des caractères si tranchés que toute hésitation est impossible. En disant que l'entérite n'affecte que l'intestin grêle et que la dyssenterie siége dans le gros intestin, on a tranché la difficulté, mais on ne l'a pas résolue. Si, en effet, nous étudions les observations, nous voyons que la nature ne se soumet nullement à cette division arbitraire. On a vu des dyssenteries

bien caractérisées dépasser les limites du gros intestin, et bien plus souvent l'entérite simple occuper celui-ci en même temps que l'intestin grêle. Et quel est le praticien qui n'a été à même d'observer qu'une entérite simple peut, en persistant et en augmentant d'intensité, revêtir les caractères d'une véritable dyssenterie ? La raison de ce fait est que les deux maladies ont, quoiqu'on ait prétendu le contraire, pour cause organique, une inflammation non spécifique. Je ne veux pas dire par là, on le pense bien, que dans toute dyssenterie il n'y ait autre chose qu'une simple inflammation, ce serait méconnaître tout ce que le génie épidémique peut ajouter à une maladie ordinaire ; je veux seulement faire remarquer que l'affection épidémique, au lieu de se manifester par des lésions d'une spécificité évidente, comme cela a lieu dans le croup, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, etc., n'a pas d'autre caractère spécial que de se montrer avec une intensité extrême et de se concentrer dans un organe particulier, le gros intestin.

Traitement. Les explications dans lesquelles je suis entré jusqu'à présent font pressentir quelles sont les considérations de quelque importance auxquelles donne lieu le traitement de ces affections. On comprend tout d'abord qu'il y a peu de chose à dire sur l'entérite simple aiguë des adultes. Cette affection est si légère dans l'immense majorité des cas, que le simple repos, un régime sévère, des adoucissants, suffisent pour la dissiper promptement. J'ajoute que l'usage des *lavements laudanisés*, qui n'est pas aussi général qu'il devrait l'être, est suivi d'un succès rapide et assuré, dans tous les cas, et même dans ceux où l'affection se présente avec une intensité insolite. Après l'administration d'un ou deux lavements d'eau de guimauve, avec addition de 8 ou 10 gouttes de laudanum de Sydenham et de 3 ou 4 grammes d'amidon, on voit presque toujours les coliques se calmer promptement, les selles devenir rares, puis se supprimer, et au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les malades pouvoir reprendre leur train de vie accoutumé.

Le traitement de l'entérite aiguë des nouveau-nés fournit matière à quelques remarques plus intéressantes. Non que ce traitement doive différer ; mais parce que les praticiens ont précisément une certaine répugnance à mettre en usage les moyens si efficaces chez l'adulte. On sait, en effet, quelles craintes inspire l'emploi de l'opium dans le très-jeune âge. Or, je l'ai dit maintes fois, et je saisis cette occasion de le répéter, cette crainte est on ne peut plus exagérée. Je peux citer un fait bien concluant en faveur de cette opinion.

Je fus, il y a trois ans, appelé par un de nos confrères, pour une petite fille, sa nièce, âgée d'un mois seulement. Depuis plusieurs jours cette enfant était épuisée par une diarrhée abondante, avec coliques vives.

Les selles étaient presque incessantes et formées d'un liquide très-clair et jaunâtre. Le ventre n'était pas tuméfié, il était douloureux, car une pression légère arrachait des cris à la petite malade. La bouche était sèche, la soif intense, l'appétit perdu. La maigreur était extrême, le squelette était visible partout. La face, profondément altérée, était d'une pâleur effrayante. Les yeux étaient caves, cernés, languissants; les traits étaient effilés et le front couvert de rides. On ne pouvait pas compter les pulsations de l'artère radiale tant le pouls était faible et misérable. En voyant cette enfant dans cet état, on devait croire qu'elle n'avait que quelques heures à vivre, et ce fut ma pensée. Je prescrivis néanmoins trois petits lavements par jour, avec une goutte de laudanum dans chacun. Le lendemain, trois lavements ayant été pris; je trouvai l'enfant calme, avec un peu de somnolence. Les selles étaient supprimées, tous les autres symptômes étaient notablement améliorés, la face était meilleure et la malade avait pris avec plaisir un peu de lait coupé. Je jugeai prudent, à cause de la somnolence légère que j'avais remarquée, de supprimer les lavements laudanisés et de m'en tenir aux adoucissants. Mais le lendemain, les selles liquides et les coliques avaient reparu, et le dépérissement avait fait de nouveaux progrès. Je me hâtai de reprendre les lavements laudanisés. Mais, par suite d'une erreur, la dose administrée fut beaucoup trop considérable : trois gouttes de laudanum furent mises dans une petite quantité de liquide et remises à la mère pour les trois lavements. On crut qu'il n'y avait qu'une seule dose et on donna le tout en une seule fois pendant la nuit. Le lendemain la somnolence était considérable; l'enfant n'en sortait, lorsqu'elle était excitée, que pour y retomber aussitôt. Du reste, il n'y avait plus aucun symptôme du côté du ventre, et, sauf la somnolence, on n'observait aucun accident nerveux. L'état ne me parut pas assez grave pour chercher à en retirer l'enfant, au risque de réveiller la première maladie, et je m'en tins aux émollients. Le soir, l'état n'avait pas empiré; le lendemain, le narcotisme avait sensiblement diminué, et le jour suivant toutes les fonctions étaient si bien rétablies que la petite fille put être mise au sein. La santé se rétablit promptement.

Certes, quand même l'erreur que j'ai signalée n'aurait pas eu lieu, la dose de laudanum prescrite aurait paru énorme dans les idées généralement reçues; que sera-ce donc si l'on songe que trois gouttes de laudanum ont été données en une seule fois? Et cependant il n'y a eu qu'un narcotisme très-peu intense, au prix duquel nous avons dû nous estimer très-heureux d'acheter une guérison aussi inespérée. Ce n'est pas à dire, sans doute, qu'on doive agir ainsi dans un cas semblable; mais ce fait doit donner une grande confiance dans l'emploi d'une

substance aussi efficace, et faire cesser les craintes excessives qu'on a gratuitement conçues des accidents qu'il peut produire.

Comment agit l'opium? C'est ce qu'il serait oiseux de rechercher; car, dans un article pratique, ce qu'il importe, c'est de constater le fait. Remarquons seulement combien, dans un grand nombre de cas, on aurait tort de vouloir se guider, dans le traitement d'un bon nombre de maladies, d'après des idées théoriques. Qu'est-ce, en effet, que l'entérite? Une inflammation pure et simple. Partant de là; quel est le moyen que vous serez porté à regarder comme le principal? Sans doute les émissions sanguines. Eh bien! qu'on examine les cas où ce traitement a été mis en usage, et l'on se convaincra que les émissions sanguines, si elles n'ont pas empêché la maladie de se terminer heureusement après un certain temps, n'ont pas néanmoins réussi à en arrêter rapidement les progrès; tandis que l'opium, auquel on ne pouvait guère penser *à priori*, et qui n'a sans doute été employé primitivement que contre un seul symptôme, la douleur, met fin en peu d'instants à des inflammations intestinales d'une intensité assez grande, et en triomphe toujours en trente-six ou quarante-huit heures.

Le traitement de la dyssenterie sporadique ne diffère ordinairement pas de celui de l'entérite simple aiguë. Dans quelques cas rares dans nos climats, les symptômes prennent cependant une très-grande intensité et exigent des moyens énergiques; mais alors le traitement est le même que celui de la dyssenterie épidémique. Dans celle-ci, on a mis en usage un grand nombre de moyens. Les principaux sont les émissions sanguines, qui ne suffisent cependant dans aucun cas; les narcotiques, dont il faut donner des doses plus considérables que dans l'entérite; les purgatifs prescrits dans le but, soit de débarrasser l'intestin de matières âcres, soit de faciliter les évacuations alvines, soit par suite de toute autre idée théorique. Ce qu'il nous importe de constater, c'est que des auteurs fort recommandables, comme Zimmermann, MM. Bretonneau, Thomas, etc., ont fortement recommandé les purgatifs salins, et que les autres purgatifs ont pour eux l'autorité de Stoll, Richter, etc. Je ne ferai que citer les astringents, les mercuriaux, les antispasmodiques, parce que mon intention n'est pas de faire un exposé complet du traitement, et je me bornerai à dire un mot du nitrate d'argent employé principalement dans ces derniers temps, et à présenter quelques considérations générales sur la manière dont a été établie la médication opposée à la dyssenterie.

On sait que le nitrate d'argent a été surtout vanté dans les cas où il y a une grande dépression des forces et où les déjections alvines sont devenues, pour ainsi dire, passives. MM. Masselot et Follet ont principa-

lement insisté sur les bons effets de ce moyen et ont cité des cas où il a paru avoir une action très-avantageuse. C'est en lavement qu'ils l'ont vu administrer et à la dose suivante :

Nitrate d'argent	de 10 centigrammes à 1 ou 2 grammes.
Eau	Q. S. pour un lavement.

On voit que la dose peut être très-considérable; mais, jusqu'à ce que les faits nous aient complétement éclairés, je ne crois pas qu'on doive élever la proportion du nitrate à 1 ou 2 grammes, hors des cas presque désespérés.

La réflexion générale qui vient naturellement à l'esprit à l'occasion de ce traitement c'est que, comme dans presque toutes les questions de thérapeutique, les auteurs ne se sont pas assez pénétrés des difficultés que présente la détermination de l'efficacité plus ou moins grande de tel ou tel moyen. Voilà beaucoup de médications, et je suis loin de les avoir citées toutes. Or, dans quels cas conviennent-elles? Quelle est la meilleure; quelle est celle qui doit avoir la préférence à telle ou telle époque de la maladie? Si l'on veut s'en rapporter à l'expérience, il est impossible de répondre catégoriquement à ces questions, et cela parce que l'on n'a pas suffisamment déterminé les cas; parce que l'on n'a pas fait une étude comparative des divers moyens mis en usage; parce que, en un mot, on a oublié les premiers principes d'une bonne investigation thérapeutique. Ce sont là, dira-t-on, des problèmes extrêmement difficiles à resoudre; j'en conviens; mais pourquoi donc alors chercher à les résoudre sans se donner la peine de lutter contre les difficultés? ou plutôt pourquoi faire de la thérapeutique comme si ces difficultés n'existaient pas?

VALLEIX.

DE L'ORME PYRAMIDAL DANS LE TRAITEMEMT DES AFFECTIONS CUTANÉES. FORMULE D'UN SIROP.

Par M. A. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Nous sommes arrivés en thérapeutique, et on en a plusieurs fois exprimé la pensée dans ce journal, à une époque de réaction en vertu de laquelle chacun cherche à reconstituer la matière médicale, que les tendances de l'école physiologique avaient réduite au néant, et surtout à l'enrichir de médicaments nouveaux, la plupart dus aux progrès de la chimie moderne. On a avec raison laissé dans l'oubli le plus complet ces formules si compliquées des anciens, réunion indigeste de médicaments

accolés les uns aux autres sans qu'on puisse pressentir l'indication thérapeutique qu'elle est destinée à remplir. Mais à côté de ces tendances qui sont bonnes si on ne les exagère pas, n'est-il pas à craindre une tendance fâcheuse, celle en vertu de laquelle on laisserait de côté tout le passé pour ne s'occuper que de la création d'un avenir nouveau? N'y aurait-il pas excès aujourd'hui dans un sens comme hier dans un sens opposé, et ne serait-il pas plus sage de produire un peu moins de neuf et d'apprécier un peu plus les agents médicamenteux que nous ont laissés nos devanciers? Soumettre à une observation nouvelle plus sévère les nombreux agents thérapeutiques que nous possédons, préciser surtout les conditions morbides dans lesquelles ils peuvent être utilement employés, me paraîtrait bien plus en rapport avec les efforts faits depuis trente ans par les médecins pour la connaissance plus exacte du diagnostic des maladies et de leurs lésions anatomiques. Que l'on jette un coup d'œil sur la classe des médicaments dits dépuratifs, qui nous rendent parfois de grands services en modifiant heureusement toute l'économie, mais que nous administrons souvent au hasard, nous y verrons des substances qui pour la plupart n'ont aucun rapport de composition. Nous pouvons en dire autant de la catégorie des sudorifiques, qui par parenthèse n'ont jamais produit de sueurs, et des antispasmodiques, si nombreux et si divers dans leurs effets comme dans les éléments qui les constituent. N'y aurait-il pas un triage à faire, et ne pourrait-on pas arriver à mieux préciser l'emploi de chacun d'eux?

Mais il y a plus : bon nombre de médicaments sont tombés dans l'oubli par des circonstances toutes fortuites, et cependant l'origine de leur emploi remonte à une époque fort reculée de nous. Ouvrez tous les traités écrits sur les maladies de la peau, et vous y verrez préconisé l'usage de l'orme pyramidal. Cependant cet agent médicamenteux n'est plus prescrit, et il ne l'est plus probablement parce que, vers l'année 1783, un charlatan nommé Banau en a fait une panacée à l'usage de toutes les maladies. Dioscoride recommandait la seconde écorce de l'orme contre les exanthèmes et les croûtes lépreuses; elle n'a cessé d'être employée depuis jusqu'à la fin du siècle dernier. L'*ulmus americana* jouit en Amérique de la même réputation, et plusieurs Américains auxquels j'ai donné des soins m'ont vanté les heureux effets que l'on retirait de son emploi. Ce sont ces circonstances qui ont appelé mon attention sur cet agent médicamenteux, et qui m'ont déterminé à faire quelques essais.

Le commerce fournit plusieurs espèces d'écorce d'orme; l'une, encore revêtue de son épiderme, est grisâtre, coupée en tronçons courts, semblables à ceux de l'écorce de chêne des officines, et qui s'y trouve

parfois mêlée ; l'autre, au contraire, en filaments de vingt à cinquante centimètres, de couleur rouge brique, roulés en petites bottes, paraît se rapprocher le plus de l'orme d'Amérique. Quelques essais tentés par M. Crosnier, pharmacien à Paris, nous ont démontré qu'elle contenait beaucoup de tannin et une portion notable de matière mucilagineuse amilacée; car son décoctum agit sur les protosels de fer avec une énergie presque aussi grande que celui du ratanhia et de l'écorce de chêne. Il est en outre assez mucilagineux pour constituer, même à la dose de trente grammes par litre, une tisane peu agréable à l'œil. Ces diverses circonstances m'ont déterminé à employer cette substance sous forme de sirop; mais il fallait pour l'obtenir limpide se débarrasser du mucilage de l'écorce, et n'y introduire que la matière extractive. Voici le procédé auquel, après plusieurs essais, s'est arrêté M. Crosnier, en introduisant par bouteille de sirop la dose que je lui avais indiquée, c'est-à-dire la matière extractive de cent vingt-cinq grammes d'écorce.

On fait macérer pendant vingt-quatre heures, dans 4 litres d'alcool à 21 degrés (Cartier), 1 kilogr. d'écorce coupée menu. On passe avec expression. On lave à l'aide d'un litre et demi d'eau l'écorce déjà traitée par l'alcool, et l'on met de côté cette eau de lavage, qui a pour but d'épuiser la plante. On distille la liqueur alcoolique afin de recueillir le plus d'alcool possible que l'on met de côté pour une autre opération. On filtre le résidu de la distillation, qui est sous forme de décocté concentré. Après l'avoir mélangé avec l'eau de lavage préalablement mise à part, on additionne d'une quantité de sucre suffisante pour former un sirop ainsi composé :

Prenez : Sirop simple........... 1,000 grammes.
Écorce d'orme pyramidal. 125 grammes.

Cette préparation est plus dispendieuse que la confection des sirops ordinaires, et dans beaucoup de cas je me suis contenté de prescrire le décoctum de la plante additionné de sucre et ramené en consistance sirupeuse. Mais ainsi préparé, on obtient un sirop brun, épais, et qui est bien plus susceptible de fermenter.

J'ai aussi souvent formulé ce sirop à dose double, c'est-à-dire à 125 grammes d'écorce pour 500 grammes de sirop. Le praticien pourra, en raison du bon état de l'estomac, et surtout de la constitution du sujet, faire varier la préparation.

Ce fut avec ce sirop que furent faits mes premiers essais tant à l'hôpital Saint-Louis qu'en ville. Plus tard, j'employai à l'hôpital la simple décoction dans l'eau. C'est la seule forme qui ait été indiquée par les auteurs. Ils varient du reste, quant à la quantité d'écorce à

employer, depuis 30 grammes jusqu'à 125 par litre d'eau; mais l'expérience m'a démontré que chez les jeunes gens il était difficile de dépasser 60 grammes, et que l'estomac des adultes se fatiguait facilement même de cette dose.

Prenez : Eau................. 1,250 gramme.
Écorce d'orme pyramidal. 30 grammes.

Réduisez par l'ébullition à 1,000 grammes et passez avec expression. Édulcorez avec du sirop simple.

Quant au sirop, je commence par deux cuillerées à bouche, une le matin, une le soir. J'augmente tous les deux jours d'une cuillerée, de manière à arriver à six cuillerées par jour. Je fais prendre le sirop pur.

A quelles maladies et à quel genre de malades fallait-il s'adresser? Prenant en considération la nature astringente du principe dominant de l'écorce d'orme pyramidal, je crus devoir appliquer ce médicament au traitement des maladies sécrétantes, et principalement de celles qui sont liées au tempérament lymphatique. C'est dans *l'eczéma impétiginodes* et *l'impétigo* que j'ai essayé cet agent, principalement dans la forme chronique de ces affections, et surtout lorsqu'elles envahissent une grande surface du corps, et qu'elles y sont accompagnées d'une sorte d'empâtement de la peau, ainsi qu'on l'observe chez les sujets scrofuleux. Je m'occupe en ce moment de prescrire cet agent pour combattre la scrofule, pour le traitement de laquelle il a déjà été préconisé.

Un jeune enfant de l'hôpital m'a démontré d'une manière bien évidente l'efficacité de cet agent. Il était atteint d'un impétigo larvalis confluent, qui s'étendait à toute la surface du cou, et qui occupait la presque totalité des membres supérieurs. Divers essais tentés n'avaient pas enrayé la maladie, qui durait depuis plusieurs mois, lorsque je lui prescrivis le sirop d'orme pour tout traitement tant externe qu'interne. Après l'usage d'une bouteille et demie il y avait une telle amélioration, que je doutai qu'elle dût être attribuée à cet agent. Pour m'en assurer, je suspendis le sirop, et je ne tardai pas à revoir la maladie reprendre le dessus et faire des progrès en mal. Je revins à l'administration du sirop. Nouvelle amélioration. Je cessai encore; récidive de la maladie. Alors, au lieu du sirop, je prescrivis la décoction, qui fut successivement portée jusqu'à 30 grammes d'écorce par litre d'eau. Elle parut produire un effet plus lent. Elle finit par fatiguer l'estomac. Mais enfin aujourd'hui, la maladie, qui depuis six semaines a complétement disparu sur les membres supérieurs, est réduite

à une partie très-limitée de la face, et elle serait complétement guérie depuis longtemps, si ce malheureux enfant ne se livrait pas à des grattages incessants. Cette habitude est telle qu'on est obligé de lui mettre la camisole pendant la nuit. Or, tel était l'état de cet enfant que toutes les ouvertures naturelles étaient envahies, il ne pouvait plus manger d'aliments solides. Les narines étaient presque totalement oblitérées, les yeux étaient le siége d'une ophthalmie très-intense; il semblait que la maladie avait envahi toutes les muqueuses. La peau de la face du cou et des membres était recouverte d'une croûte à la fois purulente, séreuse et sanguinolente.

J'ai cité ce fait comme un des plus remarquables de l'efficacité de l'orme pyramidal; mais il résulte des cas déjà nombreux dans lesquels je l'ai mis en usage, que suivant moi ce doit être un bon dépuratif, en tant qu'il s'agit de maladies sécrétantes liées à la prédominance du tempérament lymphatique.

A. Devergie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE SPONTANÉE DES HERNIES INGUINALES ET CRURALES GANGRÉNÉES. NOUVELLES OBSERVATIONS A CE SUJET.

Peu de questions chirurgicales ont été plus et mieux étudiées que celle des hernies inguinales et crurales, soit simples, soit compliquées d'étranglement; il y aurait, rien qu'à énumérer le texte des œuvres qui s'y rapportent, un très-long mémoire bibliographique. Il semblerait, au premier abord, qu'une question si longtemps débattue doive aujourd'hui se présenter stérile en nouvelles recherches, et surtout avoir fourni aux jeunes adeptes, et mieux encore aux praticiens, les matériaux d'une conviction arrêtée dans un cas donné. S'il en est ainsi, en effet, pour tout ce qui concerne l'anatomie des hernies dans les cas simples comme dans ceux compliqués, ainsi que des données qui en résultent, on ne saurait dire cela de cette question au point de vue purement pathologique.

Mon but unique dans ce mémoire est d'examiner la question de la hernie inguinale et crurale *gangrénée*, de rechercher où en sont les opinions à ce sujet, soit sur la gravité attribuée à cet accident, soit sur l'emploi des différents moyens qui ont été successivement conseillés dans le traitement de cette affection. Je ferai suivre cet examen succinct d'une discussion sommaire suivie de quelques observations remarquable tirées

de ma pratique et de celle d'un de mes confrères exerçant dans la même localité.

Il sera facile de démontrer, dans l'énumération des divers traitements, que la plus grande diversité existe encore, et que les conseils les plus opposés peuvent, dans l'état de la question, se produire dans une discussion de ce genre avec des avantages mutuels et l'appui de grandes autorités. Ainsi, depuis la suture antérieure à Guy de Chauliac jusqu'au procédé de M. Jobert, tous ceux qui furent proposés trouvent encore des fauteurs ; depuis le procédé de Littre établissant un anus anormal incurable, jusqu'aux idées de Scarpa, si opposées à cette fatale méthode, il n'est pas d'opinion qui ne puisse se faire honorablement patroner.

Cependant deux grandes opinions, deux opinions principales se divisent d'abord le débat : « Faut-il, dans un cas de gangrène de l'intestin, surtout quand une anse intestinale est séparée en entier, chercher à rétablir immédiatement la continuité du tube intestinal par un procédé chirurgical; ou bien doit-on établir ou laisser s'établir un anus anormal? »

J'accorde bien qu'aujourd'hui l'opinion générale est plus favorable à cette dernière manière de voir, mais cette croyance n'est développée dans aucun auteur en un corps de doctrine qui soit l'expression bien arrêtée de convictions acquises irrévocablement. Les travaux de Lafaye, Dessault, J. L. Petit, Louis, Scarpa, Travers, Lawrence, Cooper, Dupuytren, Boyer, de MM. Marjolin, Velpeau, Cayol, etc., quoique favorables à cette opinion qu'il ne faut pas chercher à rétablir par une opération chirurgicale la continuité du tube, mais bien au contraire obtenir un anus anormal curable, ne l'exposent nullement de manière à constituer un ensemble complet, une vérité dogmatique.

Puis, dans l'une et l'autre de ces deux opinions, celle qui veut le rétablissement de la continuité du canal, et celle qui veut qu'on laisse s'établir un anus anormal, les moyens conseillés sont si divers qu'ils constituent des méthodes différentes de traitement. Ce sera donc un travail utile que celui qui tâchera de fixer d'une manière plus ferme une question si controversée. C'est ce que je vais essayer de faire ici. J'énumérerai succinctement les anciens procédés de traitement, j'examinerai plus attentivement les modernes; puis, appuyé de nouvelles observations, je me permettrai d'en discuter la valeur.

Le traitement le plus anciennement suivi dans la gangrène herniaire ou l'abcès stercoral consistait à ouvrir simplement l'abcès pour donner issue aux matières contenues, confiant les suites de l'opération aux seules ressources de la nature. Mais ce moyen, à peine indiqué par les auteurs, est comme perdu dans l'obscurité des premiers temps de la chirurgie.

C'est pourtant à l'adoption de cette médication, si simplement primitive, que tendront tous les efforts de cet opuscule.

Plus tard on s'occupa de rétablir la continuité de l'intestin divisé par la gangrène, et le plus ancien procédé fut celui qui consistait à placer dans la cavité des deux bouts de l'intestin un morceau de trachée-artère de mouton, de rapprocher les limbes intestinaux rafraîchis et de pratiquer alors une suture qui fixât la trachée à l'intestin en même temps qu'elle maintenait en rapport les surfaces dont on voulait provoquer l'adhésion.

Cette pratique, laissée presque dans l'oubli, n'en fut tirée que pour la faire tomber dans une plus grande imperfection par les modifications qu'on lui fit subir.

Ainsi Waston substitua à la trachée d'animal un tube en colle de poisson; Richt, Choppart et quelques autres remplacèrent la colle de poisson par une carte vernie et roulée. Dessault avait adopté ce dernier moyen, en faisant seulement subir quelques modifications au manuel de la suture, dans le but de remédier à l'inconvénient d'un fil transversal qui se trouvait dans celle de Richt; inconvénient très-grand, puisque ce fil pouvait s'opposer à la circulation des matières fécales.

Si, dans un temps prochain, l'étude de tous ces procédés ne devait pas être réservée exclusivement pour les cas de plaies intestinales traumatiques, ainsi qu'il faut l'espérer, alors, il est impossible de pas se l'avouer, le procédé de suture sur la trachée-artère devrait occuper le premier rang dans le série des moyens proposés, et nous n'hésiterions pas à le préférer à ceux que nous avons indiqués et à ceux que nous énumérons plus bas. En effet, ici les bouts de l'intestin, rafraîchis et régulièrement taillés, sont mis en contact de manière à ce que les membranes péritonéales et musculaires se trouvent en rapport avec elles-mêmes, et l'on sait combien ces tissus similaires ont de propension à l'adhésion après une solution de continuité récente. Le morceau de trachée n'atteint-il pas ici admirablement le but qu'on se propose? Cette trachée, par son élasticité, maintient parfaitement la sphéricité de l'intestin sans avoir une dureté qui puisse le blesser comme le carton verni, ni une mollesse qui lui permette bientôt de s'aplatir comme la colle de poisson. Soumise à l'action de la chaleur humide, sa nature animale simple et sans préparation la rend facilement accessible à un mouvement de décomposition qui rend sa chute aisée, sans être trop prompte, et son expulsion commode, dépourvue d'efforts, de dangers !

En passant en revue les méthodes qui ont succédé à celle de maîtres dont on ne sait même plus le nom, nous allons voir que pas une ne réunit, au point de vue théorique, autant de conditions de succès. Di-

sons aussi que, dans la pratique, l'utilité de toutes ces méthodes a été si rare, et les revers si fréquents, qu'il n'est pas possible de supposer que celle par la trachée fût moins fructueuse.

Ce fut avant les modifications de Richt, Choppart, Dessault, au procédé par la trachée, que Rhandor, ayant eu à traiter un malade chez lequel il y avait eu perte de substance de l'intestin à la suite de hernie, imagina d'invaginer l'intestin supérieur dans l'inférieur et de les maintenir en contact par une suture simple : l'opération réussit! Quelques années plus tard, ce malade étant mort, Rhandor put envoyer à Heister la pièce anatomique, et le fait, dès ce moment, acquit une authenticité fatale en donnant naissance à un procédé qui compte presque autant de revers que d'opérations. Cependant, quelle simplicité! quel naturel! quelle apparente bénignité! Pourquoi ces nombreux revers, ces insuccès presque constants? La cause, entrevue par Richerand le premier, était une déduction simple, puisée dans l'immortel ouvrage Des Membranes, de Bichat; cette cause, c'est la difficulté, la presque impossibilité de l'adhésion des membranes muqueuses et péritonéales entre elles.

Néanmoins, telle est l'incertitude des praticiens sur le choix des moyens à employer, que, même aujourd'hui, après plusieurs autres méthodes que nous n'avons pas encore énumérées, un chirurgien distingué de province, M. Raybard d'Annonay, a renouvelé le triste procédé de Rhandor. Il cite, à l'appui de sa préférence, des succès chez les animaux. Je ne crois pas que M. Raybard ait jamais eu de succès chez l'homme; je sais cependant qu'à une certaine époque un de mes confrères lui envoya un malade avec plaie d'intestin et issue des bouts divisés; ce malade succomba.

Ce fut cette loi physiologique proclamée par Bichat et citée plus haut qui, appliquée par Richerand à l'explication des insuccès par la méthode de Rhandor, fit naître en même temps chez plusieurs chirurgiens l'idée d'une opération qui aurait pour but de provoquer l'adhérence des deux bouts de l'intestin en les mettant en contact par leur surface séreuse.

Malgré quelques discussions de priorité, il semble que M. Jobert ait mis le premier cette méthode en pratique sur le cadavre et sur les animaux. Elle consiste à replier, de l'extérieur à l'intérieur, une portion de chaque bout de l'intestin et à pratiquer alors une suture qui en réunisse les surfaces péritonéales. Cette réunion ne peut s'opérer sans produire à l'intérieur du tube une valvule ou virole très-prononcée.

M. Lembert modifia ce procédé dans le *Manuel de suture*, mais sans remédier à l'inconvénient si majeur de cette valvule constituée par l'excédant des bords intestinaux repliés en dedans.

Ce fut pour parer à cette radicale imperfection que M. Denon, de Marseille, proposa un ingénieux et nouveau procédé. L'auteur introduit à l'intérieur des deux bouts d'intestin deux portions d'un tube métallique qui en remplissent la cavité, et poussés assez avant pour que l'on puisse replier sur eux-mêmes la portion d'intestin qui les dépasse. Alors un troisième tube moins volumineux, et pouvant pénétrer dans les deux bouts de l'intestin rétréci de toute l'épaisseur des premiers tubes et du repli intestinal, y est placé de manière, cependant, que l'intestin y soit ramené sur lui de chaque côté avec un certain frottement, jusqu'au moment où les surfaces péritonéales sont en rapport, puis un simple fil maintient le tout en contact. La séreuse ne tarde pas à adhérer à elle-même, et la pression des tubes mortifiant les parties invaginées, l'appareil tombe avec elles.

Outre le grand inconvénient du rétrécissement qui persisterait dans les opérations de MM. Jobert et Lembert, et celui de l'expulsion des tubes métalliques dans celle de M. Denon, il est un danger qu'elles partagent avec le procédé simple de Rhandor, c'est celui de nécessiter la dissection d'une certaine longueur d'intestin pour le séparer du mésentère; car il est bien rare que pendant cette séparation il n'y ait pas quelque artère mésentérique ouverte, d'où une hémorrhagie toujours mortelle. C'est à cet accident que succombèrent les deux malades opérés par Boyer et Richerand. A l'occasion de cette remarque, il m'est impossible de ne pas revenir sur la supériorité évidente de la suture avec la trachée. En effet, ici point de valvule ni de rétrécissement, pas de nécessité de disséquer l'intestin, pas d'hémorrhagie à craindre, rapport et contact des membranes similaires, expulsion facile du support; en un mot, ce procédé évite tous les reproches que l'on peut faire successivement à tous les autres.

Quand une portion seulement de la circonférence de l'intestin a été gangrénée et qu'il n'existe qu'une perforation ou ulcération de ce conduit, on a proposé de fermer cette ouverture à l'aide d'une suture.

Tous les points possibles ont été et sont encore conseillés : celui du pelletier, la suture de Ledran, le point passé, celui de M. Lembert appliqué à ce cas; enfin, M. Raybard, évidemment préoccupé du danger de la rentrée de l'intestin, a proposé le procédé suivant : on introduit par l'ouverture accidentelle une petite lame de bois fixée à son milieu par un fil qui, ramené à l'extérieur sur un corps quelconque, attire à lui cette lame dont les extrémités, s'appliquant sur le pourtour de l'ouverture, pressent l'intestin contre les parois abdominales et provoquent leur adhérence. Alors on traite la fistule stercoraire en obtenant l'occlusion de l'ouverture tégumentaire. Nous pensons que ce procédé doit être

enveloppé dans la même proscription que les précédents quand il s'agira d'une plaie suite de gangrène herniaire. Les sutures ont de plus l'inconvénient de rétrécir beaucoup la cavité de l'intestin, même quand l'ouverture est peu considérable. On conçoit cependant qu'un de ces moyens puisse trouver son utilité dans un cas semblable à celui où M. J. Cloquet les a employés avec succès ; car ici l'étranglement n'ayant pas été poussé jusqu'à la gangrène, puisque l'intestin fut ouvert accidentellement par l'instrument, il n'y avait pas lieu de compter sur les adhérences, comme nous le dirons plus bas.

Enfin, dans ces cas, on a aussi proposé d'appliquer un fil sur le mésentère, afin de fixer l'intestin vers la plaie et d'y attendre des adhérences. Nous dirons plus tard comment ce procédé de Lapeyronie, appliqué à ce cas, doit être proscrit aussi.

Tous ces procédés employés au rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin sont très-minutieusement et très-attentivement décrits par les auteurs à l'article Hernie gangrénée de leurs ouvrages. Ils leur donnent une large place, en discutent la valeur différentielle, et par ce fait, ce semble, en sanctionnent suffisamment l'emploi ; et je parle ici non-seulement des travaux antérieurs à ceux de Petit, de J. L. Petit, de Dessault, de Scarpa, mais de la plupart de ces travaux mêmes, et de ceux qui leur sont postérieurs jusqu'à nos jours.

Dans cette rapide énumération des opérations qui se rapportent au traitement de la gangrène intestinale, suite de hernie étranglée, nous arriverons, dans le prochain article, à l'opinion de ceux qui, moins favorables à l'emploi des moyens chirurgicaux et plus confiants, comme plus éclairés, sur le travail que la nature emploie dans la réparation de l'ouverture anormale, lui en confient en partie la guérison ; je dis en partie, parce que, en effet, quelle que soit leur confiance dans les ressources du travail naturel, elle n'est pas tellement entière qu'ils ne croient dans la plupart des cas devoir intervenir, dans le but, soit de combattre un rétrécissement qu'on appréhende, soit d'éviter les chances de persistance d'un anus anormal ; manœuvres qui, comme nous le dirons, n'ont, dans notre conviction, d'autre résultat que de vicier le travail réparateur qui s'opère.

Mouret, D. M. P.
à Montfaucon (Haute-Loire).

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE REMÉDIER A CERTAINES DIFFORMITÉS DES DENTS SANS EXTRACTION.

Plusieurs causes contribuent à produire des irrégularités, des déviations, des déformations dans le système dentaire. Il ne peut convenir

ni au but ni au plan de ce journal d'entrer, à cet égard, dans des détails techniques et spéciaux. Notre seule intention est d'attirer l'attention de nos lecteurs sur une nouvelle méthode de traitement de certaines de ces difformités, introduite par M. Lefoulon, chirurgien-dentiste distingué de la capitale, car nous avons pour mission et nous avons contracté l'habitude de faire connaître, dans toutes les branches de l'art de guérir, tout ce qui est utile, simple et applicable par tous. Les procédés de M. Lefoulon nous semblent réunir ce triple caractère.

De toutes les difformités dentaires, l'obliquité, soit antérieure, soit latérale, soit postérieure des dents, est celle qui se rencontre le plus fréquemment dans la pratique. Sa cause la plus ordinaire est la négligence qu'apportent les parents à surveiller l'évolution de la seconde dentition. Les moyens de traitement qu'on lui oppose ont été jusqu'ici fort imparfaits. Le plus expéditif, mais aussi le moins agréable de ces moyens, quoiqu'il soit le plus généralement employé, consiste dans l'avulsion d'une ou plusieurs dents, de manière à ménager ainsi de l'espace, afin que les dents mal arrangées et pressées les unes contre les autres reviennent à une position plus régulière. Mais ce moyen, qui tranche le nœud de la difficulté sans le délier, a paru tant soit peu barbare à quelques chirurgiens-dentistes, et à M. Lefoulon en particulier. De là bien des essais, bien des moyens, grand nombre de petits appareils plus ou moins ingénieux, mais qui ne paraissent pas atteindre le but indiqué, le redressement solide et permanent des dents déviées. Jusqu'à M. Lefoulon, en effet, tous les moyens proposés ne portaient leur action que sur un seul point, les dents. Arrêtés par la croyance que la cavité buccale et les arcades dentaires, dans leurs éléments osseux, étaient inextensibles, et par conséquent non susceptibles d'ampliation et d'agrandissement, les dentistes négligeaient de porter sur ces éléments mêmes la force active de leurs appareils, et les choses restaient *in statu quo* quand elles ne s'aggravaient pas. Nous avons vu, pour notre compte, une jeune dame atteinte d'obliquité de deux incisives inférieures, obliquité qui du reste ne l'incommodait en rien, qui en se mariant et pour satisfaire aux désirs de son mari se mit entre les mains de plusieurs dentistes pour tâcher de faire corriger cette légère difformité. D'abord ils ne gagnèrent rien sur la difformité; mais cette dame y gagna des inflammations incessantes du périoste alvéolo-dentaire, de petits abcès sans cesse renaissants, et finalement l'avulsion des deux dents, qui laissèrent un vide plus désagréable que ne l'était la difformité elle-même.

M. Lefoulon, frappé des inconvénients et de la nullité des procédés ordinaires, a cherché à faire mieux et autrement. Il s'est demandé d'a-

bord s'il était bien démontré que les éléments osseux de la bouche ne pussent se prêter à aucune force *impulsive* qui tendrait à agrandir leur diamètre, et guidé par l'analogie, par les résultats obtenus en orthopédie dans quelques cas de redressement plus ou moins parfait de déviations osseuses, il a osé demander l'espace nécessaire à l'arrangement régulier des dents au tissu osseux lui-même dans lequel elles sont implantées, tout en agissant sur les dents elles-mêmes pour opérer leur redressement.

L'idée-mère de M. Lefoulon peut être formulée ainsi : agir excentriquement sur l'élément osseux de la mâchoire, concentriquement sur les dents elles-mêmes.

Il obtient ce double résultat par un moyen fort simple : une tige d'or recourbée en fer à cheval, et présentant un écartement plus considérable que celui de la mâchoire, est placée dans la cavité buccale de telle façon que ses branches viennent s'appuyer sur les grosses et petites molaires, et laisser un espace vide en face des dents que l'on veut redresser ; M. Lefoulon donne à cette tige d'or le nom de ressort actif. Ensuite, il passe une anse de fil de soie sur chaque dent déviée, et ce fil de soie vient s'attacher et prendre son point d'appui sur la tige métallique. C'est le ressort passif. Ainsi disposé, on comprend facilement le mode d'action de ce petit appareil : par son élasticité propre, le ressort métallique tend à écarter, à agrandir l'arc osseux sur lequel les dents sont implantées ; ce ressort *s'éloigne donc de plus en plus de la dent ou des dents déviées* ; mais en même temps le fil de soie qui les retient tend à les ramener de plus en plus vers la direction normale ; de sorte que le double but qu'on se propose est atteint simultanément, lentement, il est vrai, mais sans violence, sans perturbation, et avec tous les ménagements possibles. Voilà la théorie. L'expérience est-elle venue la confirmer et lui donner une sanction positive ? Plusieurs observations rapportées par M. Lefoulon paraissent concluantes à cet égard. En voici une qui nous semble tout à fait digne de l'attention des praticiens, et même des physiologistes, par quelques résultats singuliers qui ont été obtenus.

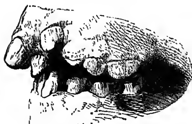
En septembre de l'année 1843, le jeune Achille Dufaurt, de Coulommiers, âgé de douze ans, fut présenté à M. Lefoulon par M. le docteur Lefebvre. Cet enfant présentait une obliquité antérieure de la bouche telle qu'elle ressemblait plus à un museau qu'à une bouche humaine. La difformité était vraiment horrible. Cet enfant était en outre atteint de bégaiement et d'une surdité assez forte.

A l'inspection de la bouche, M. Lefoulon remarqua une extrême étroitesse et une grande élévation de la voûte palatine. L'écartement

transversal pris du centre de la grosse molaire du côté droit, au centre de la grosse molaire dn côté gauche, n'offrait alors qne trois centimètres cinq millimètres de distance. M. Lefoulon se borna ce jour-là à conseiller un moyen qui lui a souvent réussi chez les jeunes enfants, c'est-à-dire de fréquentes tractions avec les doigts sur les dents de la mâchoire et sur les parties latérales; ce qui fut fait pendant deux mois.

En décembre suivant, ce jeune homme fut de nouveau présenté à M. Lefoulon. Les tractions avaient été exactement faites, et un commencement de succès avait encouragé les parents, car on avait obtenu un élargissement de deux millimètres.

Du reste les dessins suivants, pris sur nature comme les trois autres, et sur les modèles résultant d'un moulage en plâtre, donneront une juste idée de l'état des choses à cette époque; ils représentent la difformité vue de profil, de bas en haut, et de face.







En présence d'une difformité semblable, les doutes et les hésitations de la famille paraissent fort légitimes. Cependant M. Lefoulon en tenta le redressement. L'étendue transversale de la voûte palatine était alors de 3 centimètres 7 millimètres.

Le 21 mai 1844, les choses étaient dans l'état suivant :



L'ampliation obtenue était considérable, et l'étendue transversale de la voûte palatine était alors de 4 centimètres 5 millimètres.

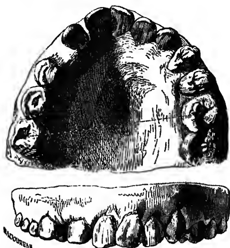
Le 17 août l'ampliation continue, elle se mesure par 2 millimètres en plus, comme on peut le voir par le dessin suivant :



Trois mois plus tard les mâchoires étaient parvenues à leur entier développement. Les parties latérales (mesure toujours prise des mêmes grosses molaires) avaient alors 4 centimètres 9 millimètres de distance. Toutes les dents étaient parfaitement rangées ; la voûte palatine s'était

abaissée à son niveau naturel, et la partie antérieure de la bouche était rentrée de manière à offrir la courbe parabolique, qui est son état normal.

Voici le dessin pris à cette époque :



Cette observation est remarquable à plus d'un titre. D'abord, comme résultat principal et spécial qu'on voulait obtenir, elle a eu un plein succès ; d'une bouche étroite, allongée et complétement disgracieuse, M. Lefoulon a fait une bouche normalement grande, arrondie et sans difformité aucune. Il a obtenu ce résultat par une action que l'on croyait impossible, l'extensibilité lente, graduelle et permanente de la voûte palatine et des arcs osseux dentaires. Tout extraordinaire qu'il paraisse, ce résultat semble incontestable à la vue des dessins qui représentent l'état primitif des choses, leur mesure exacte et l'état actuel. Le chirurgien n'a pas eu besoin d'avoir recours à l'extraction d'une ou plusieurs dents ; circonstance fort avantageuse ; on voit même, par les dessins, que les dents de seconde dentition qui manquent encore trouveront un espace suffisant pour se loger convenablement.

Mais ce n'est pas là le seul résultat obtenu sur cet enfant ; on se rappelle qu'il était bègue et sourd. Eh bien ! à mesure que la voûte palatine s'agrandissait, à mesure que son diamètre transversal s'étendait aux dépens du diamètre antérieur, le bégaiement diminuait et a fini par disparaître entièrement. Il y a là peut-être un point de vue nouveau à considérer pour l'étiologie et le traitement de certaines espèces de vices de

la parole. Il en a été de même de la cophose. Est-ce une simple coïncidence? L'élargissement de la voûte palatine a-t-il apporté quelque modification avantageuse de la disposition des parties de l'oreille interne ou de la trompe d'Eustache? Nous manquons de renseignements suffisants pour répondre à ces questions. Le fait n'en est pas moins remarquable et doit être conservé.

D'autres observations ont confirmé les bons résultats des moyens employés par M. Lefoulon. Nous citerons entre autres celle d'une jeune chanteuse anglaise portant une obliquité antérieure des dents incisives et canines de la mâchoire supérieure, à laquelle trois dentistes de Paris voulaient arracher toutes les dents de cette mâchoire pour les remplacer par un dentier artificiel. Cette difformité était fort désobligeante pour cette personne, car c'était surtout quand elle chantait qu'elle était apparente. Après six mois du traitement de M. Lefoulon, le succès était complet, les dents étaient revenues à leur position normale sans le douloureux sacrifice d'aucune d'entre elles.

Il en a été de même, et après moins de quatre mois de traitement, sur un jeune homme de dix-huit ans dont la difformité était plus considérable encore. Dans toutes les observations, M. Lefoulon a pu constater et mesurer l'agrandissement en largeur de la voûte palatine, qui paraît désormais un fait acquis à la science.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR UN NOUVEAU MOYEN D'OBTENIR LA MAGNÉSIE BLANCHE.

La Société de médecine de Bordeaux a couronné deux mémoires sur l'obtention et la préparation de l'hydrocarbonate de magnésie, connu dans le commerce sous le nom de magnésie anglaise. Le rapporteur de cette compagnie, M. Arnozan, pour éviter les longueurs et les répétitions qu'amènerait inévitablement la publication entière des deux mémoires, en a distrait, dans un travail inséré dans le Journal de médecine de Bordeaux, les points capitaux, et les a réunis pour en former un procédé complet de préparation d'une pratique immédiate.

M. Casanove propose de retirer la magnésie du chlorure de magnesium qui se perd dans la fabrication du sel marin ; il trouve, dans l'emploi de ce chlorure, une compensation large et inépuisable à la pauvreté et à la cherté du traitement des terrains magnésiens que possède la France.

D'un autre côté, M. Cenedelli, qui dirige lui-même une exploitation de magnésie, a fait consister son travail dans la description succincte mais précise des moyens par lesquels il l'obtient, possédant les qualités de blancheur et de légèreté qu'on lui recherche. Extraction et préparation, telles sont les propositions qui différencient les travaux des concurrents. Dans le procédé qui va être décrit, les articles seront présentés, autant que possible, avec leur formule.

Pour retirer la magnésie des eaux mères des marais salants, on les évapore jusqu'à siccité; le résidu salin est placé sur un diaphragme percé, où l'on fait arriver lentement un courant de vapeur d'eau; on obtient, par ce traitement, une dissolution de chlorure de magnesium contenant très-peu de chlorure de sodium. On l'étend d'eau jusqu'à ce qu'elle ne contienne que dix pour cent de chlorure magnésique sec; on la précipite alors au moyen d'une solution de carbonate de soude faite dans la proportion de vingt-cinq pour cent de sel cristallisé. Un hectolitre de l'une et de l'autre de ces dissolutions, titrées comme il vient d'être dit, produisent quatre kilogrammes de magnésie blanche. Cette magnésie doit être lavée à grande eau, puis desséchée. Lorsqu'on en a extrait une quantité suffisante, on procède à sa préparation de la manière suivante : on la calcine fortement, puis on l'hydrate et on la garde pendant quelque temps dans les fosses où elle acquiert une consistance plastique.

Cet hydrate ainsi préparé est délayé dans une cuve avec un égal volume d'eau. On agite le mélange pendant trois heures au moyen d'un appareil puissant. On le laisse reposer pendant vingt minutes, puis on l'enlève de la cuve pour le verser dans des tonneaux hauts et coniques vers le fond; on y ajoute dix parties d'eau et on agite de nouveau l'hydrate ainsi dilué pendant trois heures consécutives. Après un repos convenable de demi-heure, le lait de magnésie est décanté dans des barils que l'on remplit aux trois quarts et où l'on met des agitateurs en mouvement. On y fait arriver un courant de gaz acide carbonique; le gaz sature l'oxyde magnésien en passant successivement dans chaque baril, puis vient se recueillir dans un gazomètre.

Le but de cette opération est de former un bicarbonate de magnésie qui est soluble et qui va servir à la production de son hydrocarbonate.

A cet effet, lorsque la saturation est terminée, on retire des barils une liqueur claire marquant 5 degrés à l'aréomètre de Baumé. Cette solution est versée dans une chaudière où l'on détermine l'ébullition pendant un temps rationnel pour chasser une partie du gaz acide carbonique, et l'hydrocarbonate de magnésie se précipite. On doit aider cette volatilisation par une agitation continue.

La magnésie recueillie, lavée et égouttée, se coule, à l'état de bouillie claire, dans des carrés faits en toile forte ; sa dessiccation s'achève dans une étuve à courant d'air chaud.

Comme on a pu le remarquer, cet exposé n'indique que les principes sommaires de l'opération dont il s'agit. Il est en outre plusieurs autres dispositions décrites dans les manuscrits, qui n'ont pas été rapportées dans ce résumé, comme appartenant plutôt à des habitudes de lieu et d'économie, et qui ne peuvent faire partie d'un procédé auquel chaque praticien adaptera lui-même ses vues et ses perfectionnements.

On doit à ce sujet observer un point essentiel, c'est que M. Cenedelli retire sa magnésie du carbonate naturel, nommé magnésite. Entre cette terre et le carbonate artificiel proposé par M. Casanove, il existe des différences que la pratique cherchera sans doute à utiliser soit pour modifier, ou peut-être supprimer certains temps de l'opération, si l'industrie met à profit la magnésie que contient l'eau de mer.

———

SUR LE LICHEN DE CEYLAN, MÉDICAMENT NOUVELLEMENT INTRODUIT DANS LA MATIÈRE MÉDICALE EUROPÉENNE.

Nous lisons dans le Journal de chimie médicale une note où nous trouvons les détails suivants sur le lichen de Ceylan, médicament nouvellement introduit dans la matière médicale européenne. Ce lichen, qu'on trouve dans le commerce de la droguerie, est un médicament qui a son indication dans tons les cas où le carragaheen est lui-même indiqué. D'après les dernières déterminations qui ont été faites, ce lichen est le *sphærococcus*, ou *fucus lichenodes*. Sous le rapport de son emploi pour la préparation d'une gélatine médicinale, M. Schacht a fait quelques essais comparatifs sur le nouveau cryptogame, sur le carragaheen, et sur le lichen d'Islande; et il en résulte que, pour obtenir 100 grammes de gélatine presque au même degré de consistance, il faut employer 24 grammes de lichen d'Islande, 4 grammes de carragaheen, et 6 grammes de lichen de Ceylan. Ce dernier est donc moins gélatineux que le carragaheen; mais il a sur lui l'avantage de fournir une gélatine moins colorée.

M. le docteur Siegmund prétend que ce nouveau médicament ne contient pas d'iode; mais la présence de ce principe peut facilement y être démontrée de la manière suivante. On incinère le lichen, on traite à plusieurs reprises le résidu par l'eau chaude, on évapore les liquides réunis jusqu'à siccité; on agite la masse solide obtenue avec de l'alcool très-rectifié, puis on laisse reposer; on sépare l'alcool par décanta-

tion, et on le fait évaporer. Le produit de cette évaporation est introduit dans un tube de verre bien sec ; on verse par-dessus quelques gouttes d'acide sulfurique concentré ; on ferme promptement le tube avec un bouchon de papier amidonné, et on chauffe doucement. La coloration bleue du bouchon de papier démontre la présence de l'iode.

Il est difficile de déterminer la proportion de l'iode contenu dans le lichen de Ceylan comme dans le carragaheen. Trente grammes furent traités comme il vient d'être dit, avec cette différence toutefois que le produit de l'évaporation du soluté alcoolique fut redissous dans l'eau distillée, puis précipité par le nitrate d'argent en solution.

Le précipité formé fut recueilli, et délayé d'abord avec de l'acide nitrique étendu, puis avec l'ammoniaque liquide diluée. Après avoir été complétement desséché, il pesait 1 centigramme, et il consistait en iodure d'argent ; cette quantité d'iodure argentique correspond à 0 gr., 000460 d'iodure pour 31 grammes de lichen de Ceylan.

Une pareille quantité de carragaheen, soumise au même traitement, a fourni 0 gr., 0125 d'iodure d'argent, ou 0 gr., 00857 d'iode ; de telle sorte que le carragaheen contient plus d'iode que le nouveau médicament.

MOYEN DE RECONNAITRE LA FALSIFICATION DES HUILES ESSENTIELLES PAR L'HUILE DE TÉRÉBENTHINE.

Les mélanges qui se font impunément avec les huiles essentielles, sans pouvoir les reconnaître même à l'odorat, principalement avec les essences de menthe poivrée, et avec celles de marjolaine, d'absinthe, de lavande, d'aspic, de sauge, etc., ont depuis longtemps fait désirer la découverte d'un moyen pour constater la présence de l'essence de térébenthine, la seule employée à ces mélanges.

Dès 1838, M. Méro, de Grasse, est parvenu à obtenir ce résultat par le procédé suivant, auquel il est arrivé en reconnaissant que l'essence de térébenthine dissolvait facilement les corps gras, ce qui n'avait pas lieu avec les essences pures des labiées ci-dessus indiquées. Il pensa donc qu'il serait possible que l'emploi d'un corps gras pût indiquer la présence de l'essence de térébenthine mélangée avec les essences pures, dont l'odeur marque celle de la térébenthine. Il fit, en conséquence, des mélanges dans diverses proportions : il essaya l'axonge, les huiles d'amande, d'olive, d'œillette, etc. Enfin, après un grand nombre d'expériences, il acquit la certitude que l'huile d'œillette était préférable, en raison de ce qu'elle a toujours la même consistance, quelle que soit la

température atmosphérique ; en effet, c'est celle qui lui a donné les résultats les plus exacts, pour reconnaître la présence de l'essence de térébenthine mélangée, dans de faibles proportions, avec les essences ci-dessus indiquées.

Pour cela on prend 3 grammes d'huile d'œillette, que l'on met dans un tube gradué ; ensuite on ajoute quantité égale de l'essence à essayer ; on agite le mélange, qui doit devenir d'un blanc laiteux si l'essence est pure, tandis qu'il reste transparent et qu'il n'offre aucun changement si l'essence contient de l'huile volatile de térébenthine.

On peut contrôler ce procédé, en essayant d'abord une essence pure, ensuite de l'essence de térébenthine. Si l'essence est mêlée avec celle de térébenthine, même dans d'assez faibles proportions pour que le commerce puisse trouver encore quelque avantage à faire ce mélange, on observera qu'elle se comporte comme la térébenthine elle-même, c'est-à-dire que le mélange ne se trouble pas, parce que les deux liquides se combinent parfaitement, tandis que l'essence pure présente toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire *que le mélange devient trouble et laiteux, et ne se clarifie qu'après plusieurs jours de repos.*

Pour faire cette expérience avec succès, il faut que le mélange des deux essences soit bien intime ; pour cela, voici le moyen qu'emploie le commerce : l'on prend l'essence pure, ensuite la quantité de celle de térébenthine que l'on veut y ajouter, on les place dans une bassine au bain-marie ou dans une capsule, s'il y en a peu à mélanger ; l'on chauffe jusqu'à ce que le mélange, qui est d'abord trouble, devienne transparent : par ce moyen l'on peut se rendre compte de l'exactitude du procédé.

Le mélange qui se fait en mettant l'essence de térébenthine lorsqu'on distille les plantes, se reconnaît par le même procédé, en agissant de la même manière.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LES SECOURS DONNÉS DANS L'ASPHYXIE PAR SUBMERSION SONT-ILS APPROPRIÉS ET SUFFISANTS ? LA TRACHÉOTOMIE NE SERAIT-ELLE PAS PLUS EFFICACE ?

Depuis les travaux de Louis, de MM. Orfila, Piorry, Devergie, l'asphyxie par submersion est mieux connue et les secours de l'art sont plus judicieusement employés.

Cependant une triste expérience, partout répétée, apprend que l'insufflation pulmonaire, les frictions excitantes, la chaleur, l'excitation du tube digestif, l'électricité, ensemble de moyens dignes de confiance, conduisent rarement au but. En effet, on voit périr la très-majeure partie des noyés qui semblent secourus à temps.

Quelle est ici l'indication plus pressante? La plupart des médecins visent à exciter les mouvements du cœur et du poumon, organes frappés de syncope ; en conséquence, les excitants généraux et spéciaux sont recommandés : il faut nettoyer la bouche, le larynx et les bronches, pratique difficile et dangereuse même avec la seringue aspirante de Desgranges, et rétablir au plus tôt l'hématose par le soufflet de Gorcy ou par l'appareil de M. Orfila.

Quand on réfléchit sur l'application des instruments précités, on ne tarde pas à reconnaître l'extrême difficulté de leur usage ; il y a plus, les manœuvres nécessaires à leur placement sont capables d'empêcher l'acte respiratoire qui tendrait à se rétablir au milieu de conditions si défavorables.

En voyant les noyés rappelés à la vie qui ne rendent pas plus d'eau que de mucosités, on a conclu que l'eau et les mucosités sont étrangères à la mort ; ne devrait-on pas conclure au contraire de ces faits heureux, qu'ils n'ont été rappelés à la vie que parce que l'eau et les mucosités n'obstruaient pas les bronches? Souvent on a trouvé un liquide écumeux chez ceux qui succombent, et c'est précisément à cause de cet obstacle qu'ils ont péri ; et en effet, les expériences auxquelles plusieurs médecins, tels que MM. Piorry, Orfila ont eu recours, apprennent que l'on trouve constamment de l'eau et des matières écumeuses dans le poumon des animaux submergés vivants *et qui ont respiré à la surface de l'eau.*

L'erreur établie sur des faits cadavériques dont Beker, Littre, Sénac, Petit, Detharding nous ont donné connaissance, tendent seulement à montrer que les individus ont succombé à une syncope d'où résulte l'asphyxie.

Nous voyons tous les jours dans les familles l'engouement de la glotte et les menaces effrayantes de suffocation provoquées par quelques gouttes de liquide introduites dans le larynx ! Quels efforts, quels accidents produits par une si légère cause chez des personnes dont tous les mouvements sont libres, et qui sont en plein air ! Ces exemples familiers ne nous revèlent-ils pas le mécanisme du trouble funeste opéré sous l'eau dans bien des cas de submersion?

Le mouvement instinctif qui s'opère, le cri de la nature vigilante, font fermer la glotte aussitôt qu'un corps étranger tend à s'introduire dans

les voies respiratoires. Telle est la véritable cause de l'état spasmodique et convulsif qui empêche la pénétration de l'eau dans quelques cas heureux.

Ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'individus noyés dans des situations différentes, j'ai ouvert le larynx, la trachée et les bronches ; tantôt je n'ai trouvé aucun liquide dans ces conduits, quelquefois j'ai trouvé de l'eau ou une matière écumeuse, et ce qui m'a frappé davantage, c'est la présence d'une petite quantité de débris d'aliments dans le larynx de sujets que tout me faisait espérer de sauver.

Deux fois les hommes noyés avaient un reste de vie quand on les eut tirés de l'eau ; le frémissement du cœur, les essais de respiration, le jet du sang après la saignée, dénotaient la continuation de la vie ; ils avaient passé peu de temps sous l'eau quand on les retira, et néanmoins ils succombèrent malgré les secours prompts et appropriés qui leur furent donnés. Ces déplorables exemples m'inspirèrent de sérieuses réflexions et me persuadèrent que la trachéotomie seule pouvait les sauver en ouvrant un passage à l'air, dont les aliments empêchaient l'introduction.

Quelques médecins justement célèbres attribuent la présence des matières alimentaires dans le larynx au développement des gaz, au refoulement en haut du diaphragme et à la distension de l'estomac chez les individus qui avaient subi un commencement de putréfaction.

Quant à moi, ce que j'ai vu sur des hommes très-récemment noyés me porte à penser que les débris de nourriture trouvés dans ces parties résultent d'une indigestion et des mouvements expulsifs de l'estomac pendant la vie.

Je rapporterai ici les réflexions que m'ont suggérées les propos des nageurs et les tristes événements dont ils sont fréquemment victimes.

On sait que la tête des nageurs est exposée à une température très-supérieure à celle de leur corps plongé dans un milieu frais ; de là résulte la facilité de la congestion cérébrale provocatrice d'éblouissements, de vertiges, de symptômes dits nerveux, comme les crampes, et enfin d'envies de vomir et de vomissements; de cette situation corporelle à l'asphyxie dont je viens de parler, il y a comme un acheminement qu'il est difficile d'éviter.

Les nageurs redontent les crampes ; et l'art, qui voit de plus haut, doit regarder les crampes comme l'effet des causes et des situations précitées.

En consultant les divers écrits relatifs aux noyés, j'ai cru m'apercevoir, comme je l'ai dit, que nos guides sont réduits à nous conseiller des moyens inefficaces, douteux, et qui ne tendent pas directement au but. Detharding a le premier proposé la laryngotomie pour remédier à l'a-

baissement de l'épiglotte, qu'il croyait la cause de la mort. Samuel Cooper, M. Orfila et M. Velpeau semblent adopter, mais avec une hésitation décourageante, ce moyen repoussé par Louis, Dessault, Fodéré et tous les praticiens.

Il ne faut pas se le dissimuler, sur cette matière dont je viens de donner une idée suffisante, les médecins sont placés dans la pénible alternative d'employer des moyens inapplicables et impuissants ; il faut ici agir vite, les noyés périssent s'ils ne sont promptement et efficacement secourus. Or, les données anatomiques et physiologiques, les inspirations du bons sens et les faits cités, tout porte à croire que la trachéotomie est le meilleur, le plus sûr, et j'ose ajouter le seul moyen de salut ; cette opération va au but qu'aucun autre procédé ne peut atteindre.

Il n'en faut pas douter, la vie existe ; elle anime les corps qui semblent éteints ; que faut-il pour ranimer la flamme vitale? Introduire l'air dans le poumon, aider la respiration.

Qu'a-t-on à craindre? et pourquoi hésiter un seul moment en face d'un péril qu'aucun autre expédient ne peut éloigner ?

Je n'insisterai pas pour montrer l'extrême difficulté de l'introduction et l'insuffisance de la sonde proposée par Chaussier et M. Orfila ; la pratique en dit plus à cet égard que tous les raisonnements possibles. Comment ne pas voir que le mourant ayant les mâchoires serrées, ne se prête en aucune manière à cette application? L'introduction par les fosses nasales est encore plus impraticable ; et d'ailleurs le faible calibre de la sonde suffirait-il à donner passage à l'air nécessaire, lorsque le poumon a besoin d'une vive et prompte excitation? Il est évident que toutes ces difficultés sont levées et l'objet de l'art rempli, si la trachée-artère est ouverte et qu'un air vivifiant arrive au poumon ; alors le cœur et ses auxiliaires, le cerveau et les nerfs, tout l'organisme est en mesure de recouvrer l'exercice de la vie.

On sait que l'ouverture de la bouche, celle de la glotte, et la dilatation pulmonaire, doivent se correspondre et s'opérer en même temps pour remplir l'acte vivificateur de la respiration. Ces faits physiologiques étant établis par les expériences de Legallois et de M. Magendie, comment concevoir et comment admettre l'utilité de la sonde, dont l'introduction aura lieu d'ailleurs au milieu de circonstances qui la rendent si difficile? Ai-je besoin d'ajouter que, d'après les mêmes expérimentations, la section du nerf récurrent, en produisant le resserrement et la demi-occlusion de la glotte, entraîne l'asphyxie ?

Tout concourt donc à prouver que ces divers moyens sont inspirés avec plus de zèle que de réflexion et de pratique. Ce qui se passe dans

le croup et l'angine œdémateuse fait voir qu'il n'est pas nécessaire, pour que l'asphyxie arrive, que le passage de l'air soit complétement intercepté : souvent on ne trouve à la mort qu'une demi-occlusion de la glotte.

Les opérations de la trachéotomie ont mis cette vérité hors de doute. Il suffit en effet que la canule soit trop petite ou légèrement obstruée pour que les symptômes d'asphyxie reparaissent.

La médecine vétérinaire nous apprend aussi que si l'on place une canule d'un trop petit calibre aux chevaux opérés de la trachéotomie, pour remédier au rétrécissement de la glotte, ils ne tardent pas à succomber par suite de l'insuffisance de l'hématose.

L'opinion de M. Bretonneau me paraît ici d'un grand poids. « J'ai acquis, dit-il, la conviction intime que le succès de la bronchotomie dépend de l'ampleur et de la liberté de passage qui est ouvert à l'air ; condition dont l'importance n'a pas été appréciée à sa juste valeur. En effet, si on consulte les auteurs qui ont écrit sur le croup, on verra qu'ils s'accordent à penser que le moindre pertuis doit laisser passer une assez grande quantité d'air pour suffire aux besoins de la respiration. En vain ils ont pu constater que dans l'angine diphthéritique la plus intense l'occlusion de la glotte n'était jamais complète. »

Il est inutile aujourd'hui de défendre la bronchotomie contre les dangers qui lui étaient attribués ; l'expérience a complétement décidé la question de son innocuité. L'accident cité par Dessault de l'ouverture de la carotide est le fait d'un élève maladroit. Ce n'est pas l'opération, mais la gravité du mal qui fait succomber les malades.

Si bientôt après l'opération faite, le sujet ne donne pas signe de vie, ne devrait-on pas avoir recours à la respiration artificielle au moyen d'une seringue à soupape ou d'un soufflet? Legallois a montré qu'à la faveur de cet expédient on peut momentanément soutenir la vie même après la décapitation, les artères carotides ayant été liées un instant avant. L'analogie et mes expériences semblent victorieusement déposer en faveur de ce genre de secours.

J'ai noyé des chiens d'âges divers et de différentes grosseurs, j'ai prolongé la submersion jusqu'à la cessation complète de mouvement, et je suis parvenu par la trachéotomie et la respiration artificielle à en rappeler quelques-uns à la vie. On sait que la lutte est très-énergique chez ces animaux, qui ne tombent au fond qu'après avoir aspiré de l'eau ; ainsi l'asphyxie est très-grave lorsque leurs mouvements sont éteints.

L'introduction de l'air par la seringue doit être douce et modérée, et l'équivalent de la respiration naturelle. S'écarter de cette précaution

serait agir insensément, et mériter le reproche que Bichat et Leroy d'Étiolles opposent à l'insufflation. Bref, le poumon ne peut se ranimer sans air, la pénétration de ce fluide est donc indiquée indispensable; l'opérer mal serait seulement la faute de l'artiste, le procédé n'y serait pour rien.

La quantité d'air à introduire pourrait être réglée sur les données expérimentales que M. Bourgery a publiées il y a quelque temps. Il estime que, chez un adulte de trente ans, la capacité pulmonaire est remplie par 2, 3 ou 4 litres d'eau; cette capacité est relative à la taille et à la constitution du sujet. Chez les femmes de même âge c'est d'un à deux litres; au-dessus et au-dessous de cette époque de la vie, la capacité diminue de plus en plus.

La soupape dont est munie la seringue doit être fermée pendant l'insufflation et le retrait du piston; puis on l'ouvre pour laisser échapper l'air qui vient de servir à la respiration artificielle, et le remplacer par de l'air pur. Deux seringues capables de contenir, l'une deux litres d'air et l'autre un litre, seraient placées dans chaque boîte de secours avec les autres instruments nécessaires à la trachéotomie.

Il serait à la fois plus avantageux et plus commode d'employer le soufflet ordinaire préalablement approprié à cet objet. Il faudrait simplement adapter à la soupape un ressort qui permettrait de l'ouvrir et de la fermer à volonté.

La respiration artificielle telle que la pratiquait Legallois me paraît bien supérieure à l'insufflation pulmonaire. En effet, après avoir poussé l'air nécessaire à l'hématose, le retrait du piston, aidé de pression sur le thorax, rappelle cet air devenu inutile, et complète ainsi l'acte respirateur.

L'emploi de la respiration artificielle ne permet pas de craindre l'emphysème du poumon, qui est si souvent la suite de l'insufflation, parce que l'air insufflé n'est point rappelé au dehors, et qu'une nouvelle insufflation produit aisément la rupture du tissu intercellulaire.

Je n'ai pas besoin de faire observer qu'indépendamment de la trachéotomie et des moyens que je propose, on ferait usage, selon l'urgence, de la saignée, des frictions aromatiques et des autres remèdes conseillés dans ces cas périlleux.

Henri Lafont-Gouzi fils,
Médecin à Toulouse.

DE L'EMPLOI DE LA CÉVADILLE DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE.

Quoique le nombre de substances conseillées contre la gale soit déjà considérable, et que toutes aient été employées avec plus ou moins de

succès, il est vrai de dire cependant que le traitement de cette affection laisse encore beaucoup à désirer sous le triple rapport de sa durée, de son incommodité et des complications qui peuvent en être le résultat. Dupuytren et Delpech n'avaient pas dédaigné de s'occuper de cette question. Le chirurgien de Montpellier avait adressé, peu d'années avant sa mort, à l'Académie de médecine, un mémoire sur la propriété antipsorique de l'huile d'olives. La Société royale de médecine n'avait pas jugé non plus ce point de pratique sans importance, puisque, quelques années auparavant, elle avait décerné un prix à l'auteur qui le premier avait vanté l'huile de dentelaire (*plumbago Europeæ*) dans le traitement de la gale.

En 1834, lorsque la coexistence de l'*acarus scabiei* et des vésicules psoriques eut été mise hors de doute par les expériences de M. Rennucci, il sembla qu'une lumière nouvelle venait d'éclairer la question étiologique et allait se réfléchir sur la question thérapeutique. Malheureusement ni l'une ni l'autre de ces questions ne fut résolue péremptoirement. L'opuscule que M. Albin Gras publia à ce sujet, opuscule où la bonne foi et la sagacité d'investigation se trouvent réunies, fit poindre les premiers doutes, et aujourd'hui, quand on se demande si l'acarus est la cause de la gale, ou bien s'il n'en est que l'effet ou une complication, on est obligé de reconnaître que ce point n'est pas encore éclairci.

Il y a déjà longtemps que l'on emploie contre les aptères parasites les semences d'une plante qui, selon le plus grand nombre des naturalistes, est originaire du Mexique et appartient au genre *veratrum*, selon Thumberg, fait partie du genre *melanthium*, et selon quelques autres, est tout simplement la staphysaigre (*delphinium staphysagria*).

Quoi qu'il en soit de cette obscurité d'origine, toujours est-il qu'aucun dermatologue, aucun thérapeutiste, aucun praticien n'avait conseillé l'usage de la cévadille contre la gale. C'est la conclusion à laquelle m'ont amené des recherches faites, il faut l'avouer, dans un cadre assez restreint. Que si les essais que j'ai tentés, sans autre donnée que la connaissance de la propriété antiphthiriaque de la cévadille, avaient été faits avant moi, je me croirais encore heureux d'avoir tiré de l'oubli une substance qui, mieux qu'aucune autre, mérite le titre de spécifique de la gale.

J'emploie la teinture alcoolique de cévadille de la manière suivante : avec un linge imbibé de cette teinture, je fais toucher ou légèrement frictionner les parties du corps où se trouvent des vésicules. La durée du traitement varie selon le nombre de fois que cette opération est pratiquée. Quand la gale est récente, deux frictions par jour guérissent, terme moyen, au bout de huit jours; trois frictions produisent le même

résultat au bout de six jours, et quatre frictions au bout de cinq jours. Quand la maladie est ancienne, quatre frictions par jour amènent ordinairement la guérison à la fin du premier septenaire. J'ai opéré sur trente-neuf sujets chez lesquels la gale était exempte de toute complication; je n'ai vu dans aucun cas se développer ces érythèmes qui sont si souvent la conséquence des frictions faites avec l'onguent citrin, la pommade d'Helmerick et tant d'autres préparations de ce genre. Chez quatre sujets, la maladie a récidivé au bout de deux, trois et quatre semaines; mais ces quatre rechutes, occasionnées uniquement par l'imprudence des malades, ont promptement cédé à quelques nouvelles frictions. Des quarante moyens divers expérimentés par M. Biett, le liniment de Pythorel (sulfate de chaux et huile d'olives), et le liniment de Valentin (huile d'amandes, sulfure de chaux, camphre), sont ceux qui lui ont paru préférables sous le rapport du peu de durée du traitement. Cependant cette durée a été en moyenne de onze jours et demi, et ces deux opérations ont le triple inconvénient de provoquer quelquefois l'eczéma rubrum, de salir le linge et d'exhaler une odeur désagréable. Ainsi s'évanouissent, en présence d'habiles et consciencieuses expériences, ces résultats merveilleux qui ont leur source, non pas dans la mauvaise foi, mais dans les sentiments un peu trop paternels qu'éprouvent en général les auteurs pour leurs œuvres. Les médecins qui répéteront mes expériences verront si moi-même j'ai évité cet écueil.

La propriété antipsorique de la cévadille ne serait-elle pas de nature à fixer les opinions sur le rôle que joue le sarcopte dans le développement de la gale? Ne serait-il pas rationnel d'admettre que la propriété antipsorique est le corollaire de la propriété antiphthiriaque, en d'autres termes que la cévadille ne guérit la gale que parce que la gale est due à la présence de l'acarus: ***sublatâ causâ tollitur effectus?*** Cette conclusion me paraît plus fondée que celle qui consistait à admettre la coexistence de deux spécificités dans la même substance. Tous les remèdes antipsoriques ont du reste la propriété plus ou moins marquée de détruire les chinoptères, et si toutes les substances antiphthiriaques ne guérissent pas la gale, c'est que toutes ne peuvent pas être mises impunément en contact avec les parties de la peau qui sont le siége d'une lésion.

BOURBOUSSON, D. M.
à Sablet (Vaucluse).

OBSERVATION D'HERMAPHRODISME OU D'ÉPISPADIAS.

Il n'appartient point au ***Bulletin de Thérapeutique***, exclusivement consacré au traitement des maladies, de s'occuper des vices de confor-

mation ou des anomalies et écarts de la nature. Nous concevons qu'il importe peu à ce journal essentiellement pratique et si répandu dans le monde médical, de dire si la religion vénéra en quelque sorte les hermaphrodites parce qu'ils représentaient les deux sexes dans le même individu ; si la superstition ou l'ignorance les regarda comme des présages funestes et les jetait à l'eau ; si l'imagination des poëtes les embellit de ses charmes et les divinisa, et si la politique au contraire les accabla de ses lois arbitraires.

Peu envieux de captiver l'attention sur cette matière et de colorer cet article des fictions psychologiques, nous tracerons fidèlement et rapidement le cas qui s'est présenté à nous, laissant à nos doctes confrères qui s'occupent de médecine légale le soin de prononcer si nous avons bien ou mal classé dans l'échelle sociale cet être disgracié.

La femme Ayme Jean-Baptiste-Janot, âgée de trente-huit ans, forte et robuste, mère de plusieurs enfants des deux sexes, bien portants et bien constitués, est accouchée, le 17 du mois passé, d'un enfant dont on n'a pu de prime abord déterminer le sexe. Après un examen sévère et suivant notre avis, le nouveau-né a été enregistré à la mairie et baptisé à l'église sous le nom de Ayme Louis.

Par suite d'arrêt dans le développement des parties génitales, Ayme Louis, au lieu d'être un hermaphrodite véritable, c'est-à-dire réunissant à la fois les deux sexes, pouvant féconder et être fécondé, attributs qui nous paraissent impossibles, est un être imparfait, frappé d'impuissance, impropre à la génération, atteint d'un vice de conformation ordinairement incurable, connu par les auteurs sous le nom d'*épispadias*, c'est-à-dire avec ouverture contre nature du canal de l'urètre à la partie supérieure du pénis, plus ou moins près de l'arcade des pubis.

Nous croyons faire plaisir à nos lecteurs en leur donnant une idée anatomique et succincte de ce sujet offert à notre observation.

On ne voit, au lieu de verge, qu'un morceau de chair brut, sans gland, dépourvu de prépuce et de canal de l'urètre, tellement court qu'il n'est susceptible d'aucun mouvement, et dans lequel ne circuleront jamais ni urine ni sperme ; malgré cela le scrotum et les testicules jouissent d'une véritable perfection, et l'enfant, doué d'un embonpoint remarquable, est d'une parfaite santé.

Pour suppléer aux sécrétions dont la verge est l'organe, on découvre sous le pénil, entre la symphyse des pubis, une ouverture qu'on prendrait volontiers pour un vagin. Il existe, en effet, plusieurs replis de la peau assez semblables aux grandes lèvres ; quelques petites crêtes imitent les nymphes et les caroncules myrtiformes. Si vous ajoutez à cela une espèce de méat urinaire par lequel s'épanche journellement le liquide,

tout contribuera à donner à cette fente l'apparence d'une vulve imparfaite.

Dès lors on cesse d'être surpris si des individus, affectés de ce vice de conformation, ont été élevés comme filles jusqu'à l'âge nubile, où maintes circonstances les ont rendus à leur véritable sexe.

Dans quelle catégorie faut-il ranger Ayme Louis, lui qui, privé du membre viril, possède néanmoins des bourses et des testicules, avec l'apparence informe d'un vagin?

Ce n'est point pour nous un hermaphrodite, ainsi que l'auraient cru les anciens, mais un sexe neutre, bien que la nature semble avoir voulu le destiner primitivement à être homme.

Si la vie se conserve chez cet infortuné, ses goûts et ses penchants pourront l'attirer près des femmes ; mais né eunuque sans être castrat, il sera tourmenté par des désirs qu'il ne pourra satisfaire. Peut-être dans ce sens aurions-nous dû le classer dans le genre féminin? La puberté seule peut apporter une solution à ce problème aujourd'hui difficile à résoudre.

A. Michel, D. M.
à Barbentane (Bouches-du-Rhône).

TAILLE SUS-PUBIENNE. — MODIFICATION DE L'EMPLOI CONSÉCUTIF DE LA SONDE.

Vous eûtes la bonté d'insérer, tome XXIV, page 130 de votre excellent Journal, une observation de taille sus-pubienne, avec modification de l'emploi consécutif de la sonde, que j'eus l'honneur de vous adresser : voici un cas semblable que je vous prie de publier, parce qu'il établit de nouveau les avantages de ma méthode d'emploi de la sonde. Je crois fermement que toutes les fois que la lithotritie n'est pas praticable à cause de la grosseur du calcul, le procédé sus-pubien doit être préféré à tout autre ; en plaçant une sonde de la manière dont je le pratique, on peut parer au seul inconvénient que l'on puisse reprocher à ce procédé, l'infiltration de l'urine ou du pus dans le tissu cellulaire du petit bassin.

M. Mouquet, adjoint à la mairie de Cogolin (Var), âgé de cinquante et quelques années, souffrait depuis dix-huit à vingt mois toutes les fois qu'il urinait. Il consulta plusieurs médecins, et tous lui dirent qu'il n'avait pas la pierre, et le soumirent à des régimes et à des traitements divers complétement inutiles. Je reconnus la présence d'une pierre, et après deux tentaives de lithotritie infructueuses, parce que le calcul était gros et plat, je l'opérai par-dessus le pubis, le 8 avril 1844, en

présence de MM. Audibert, médecin à Draguignan, ami intime du malade, et Décugis, médecin du malade à Cogolin. Pour éviter l'infiltration du tissu cellulaire du petit bassin, je plaçai une sonde œsophagienne, du calibre n° 9, et qui, percée de trous latéraux, traversait le canal de l'urètre, la vessie et tout le trajet de la plaie abdominale, de manière à transmettre au dehors, par en bas, le malade étant presque assis dans son lit, tous les fluides sécrétés, urine et pus. Le malade guérit promptement sans éprouver le moindre mouvement fébrile. — Je dois dire, à la honte du fabricant de sondes, que l'une des sondes œsophagiennes que j'ai employées, et qui aurait dû durer dix à douze jours si elle avait été en caoutchouc, a été réduite en putrilage au bout de huit heures de séjour dans les voies urinaires. A peine, au bout de ces huit heures, put-elle servir de conducteur à un fil ciré qui, à son tour, servit de conducteur pour introduire une autre sonde *un peu moins mauvaise*. Je crois pouvoir remédier à cette déplorable fabrication, qui n'est rien moins qu'une fraude, au moyen d'une sonde brisée, ou chaîne à barrillets, en argent, qui, inaltérable, pourra, en parcourant tout le trajet de la vessie et de la plaie, amener au dehors tous les fluides sécrétés.

RUY, D. M.
à Belgentier (Var).

BIBLIOGRAPHIE.

L'Officine, ou *Répertoire général de pharmacie pratique*, par M. DORVAULT, *pharmacien, ex-pharmacien des hôpitaux, lauréat de l'École de pharmacie de Paris*, etc. (1).

L'auteur a eu pour objet, en composant l'ouvrage que nous annonçons ici, de résumer tous les livres nécessaires à l'exercice de la pharmacie, de faire connaître au pharmacien beaucoup de points médicaux dont la connaissance lui est importante, et au médecin, un grand nombre de notions pharmaceutiques qu'il ignore généralement et qu'il est cependant de son intérêt de posséder pour l'avantage de sa pratique. Voyons comment cet ouvrage est divisé, quelles sont les matières qui s'y trouvent traitées, puis nous chercherons à en apprécier la valeur réelle.

(1) En vente chez Labé, libraire de la Faculté de médecine de Paris, place de l'École-de-Médecine, 4.

L'*Officine* est divisée en quatre parties principales.

Dans la première, l'auteur a présenté, après un tarif des manipulations, un tarif général de pharmacie et des branches accessoires.

La seconde comprend d'abord des tableaux présentant la concordance des divers poids médicinaux de l'Europe entre eux et avec le système décimal ; une instruction sur les aréomètres et les thermomètres ; un calendrier pharmaceutique ; un aperçu sur la classification et la nomenclature pharmaceutiques ; une instruction sur la manière de tenir le livre-copie des prescriptions magistrales ; les signes abréviatifs, et une proposition de signes nouveaux de pondération médicinale. Elle est terminée par un dispensaire pharmaceutique ou conspectus des pharmacopées légales et particulières d'Allemagne, d'Amérique, d'Angleterre, de Belgique, d'Espagne, de France, de Hollande, d'Italie, de Pologne, de Portugal, de Russie, de Sardaigne, de Suède, etc., des formulaires des matières médicales, et des recueils divers de médecine et de pharmacie des mêmes pays.

Dans la troisième, consacrée à la pharmacie légale, l'auteur a placé la législation pharmaceutique, ou recueil de lois, décrets, arrêtés et pièces diverses concernant l'exercice de la pharmacie ; la toxicologie, ou traité abrégé des moyens propres à faire reconnaître les poisons et à combattre leurs effets ; l'essai pharmaceutique des médicaments simples et composés, ou traité abrégé des moyens propres à faire reconnaître leur nature et leur falsification.

Enfin, la quatrième se compose d'un appendice pharmaceutique renfermant la pharmacie vétérinaire, et un mélange d'articles relatifs à la pharmacie pratique.

Les renseignements contenus dans la première partie sont sans doute d'un haut intérêt pour les élèves qui débutent en pharmacie ; mais, pour les pharmaciens eux-mêmes, il en est tout autrement, car ces derniers possèdent tous la connaissance exacte du prix de chaque substance ; ils savent tous apprécier la valeur de chaque préparation composée magistrale, et cela par l'usage, sans avoir besoin de recourir à un tarif imprimé. Quant au médecin, il pourra certainement consulter quelquefois avec avantage le tarif de M. Dorvault, parce qu'il y verra quels sont les médicaments d'un prix trop élevé pour être prescrits à certains malades de la classe ouvrière et malaisée ; mais, du reste, il ne faut pas qu'il croie pouvoir s'en servir pour renseigner ses clients sur la valeur commerciale de ses prescriptions : une telle manière de faire ne pourrait que l'exposer à des malentendus nombreux avec les pharmaciens chargés d'exécuter ses formules. En général, il faut que chacun se borne à son affaire, et celle du médecin n'est pas de fixer les

prix des médicaments, prix qu'il ne peut pas même connaître d'une manière approximative dans la plupart des cas.

Le dispensaire pharmaceutique, ou dictionnaire des substances médicamenteuses simples et des principales formules dont elles sont la base, est assurément aussi étendu qu'on peut le désirer en raison du volume du livre; mais l'auteur est, comme nous tous, soumis à la nécessité de ne faire que ce qui est possible : aussi de nombreuses omissions dans l'indication des propriétés et des usages des médicaments peuvent-elles lui être reprochées. Nous pourrions même ajouter que nous avons remarqué certaines erreurs, rares, il est vrai, relatives à l'origine de quelques substances; par exemple, à la patrie du végétal qui fournit la gomme ammoniaque, à la provenance du camphre qui se trouve le plus communément dans le commerce, à l'impossibilité de recueillir avantageusement l'opium dans notre climat, etc. ; mais ce ne sont que de légères taches qu'il suffit de signaler à l'auteur pour qu'elles disparaissent dans une nouvelle édition.

Somme toute, l'*Officine*, telle qu'elle est aujourd'hui, nous paraît mériter l'accueil des praticiens : elle forme le canevas d'un excellent ouvrage, tel qu'il sera, sans aucun doute, pour une seconde édition; car M. Dorvault a trop fait pour laisser son œuvre incomplète, et, comme nous croyons son livre du nombre de ceux qui sont appelés à l'honneur de plusieurs publications, nous ne doutons pas qu'il ne l'enrichisse alors de tous les détails qu'il a été forcé d'omettre, en raison de l'espace trop restreint dans lequel il s'est circonscrit pour cette fois.

Manuel d'hygiène, par M. le docteur Foy, *pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. — Manuel pratique de percussion et d'auscultation, par M. le docteur* Andry, *ancien chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité.*

Toute la science se fonde aujourd'hui en manuels : est-ce un bien, est-ce un mal? telle est la question que nous avons entendu agiter plusieurs fois, et qui est résolue diversement. Pour nous, il nous est impossible de ne pas signaler la contradiction qui existe entre cette sorte d'émiettement de la science, et ce que nous entendons répéter tous les jours, que les études médicales se fortifient, et qu'un jour viendra enfin où tous les médecins seront des savants. Nous savons bien une cause qui multiplie ce genre d'ouvrages, qui sont certainement au-dessous du mérite de la plupart de ceux qui les publient, c'est que la nouvelle loi, qui oblige tous les élèves à faire un stage dans les hôpitaux, ne fût-ce qu'à

titre d'externes, multiplie les candidats des concours, et que, pour arriver là, il faut des ouvrages spéciaux, abrégés, où une demi-science rende facile un demi-savoir. Si ces manuels n'étaient qu'une préparation à la science, nous nous en réjouirions; mais combien en resteront là par paresse, et ne s'élèveront jamais à une science plus large et plus complète! Cela a suffi pour passer des examens, pour subir un ou deux concours même avec plus ou moins de succès : cela ne suffit-il pas? les juges du monde sont-ils donc plus difficiles que les juges titrés, que nos maîtres? C'est là un des inconvénients réels des manuels; nous avons dû le signaler dans le double intérêt de la science et de l'art.

Ce jugement que nous venons de formuler d'une manière générale, il est bien clair cependant qu'il ne saurait s'appliquer dans toute sa sévérité aux manuels qui ont pour but d'exposer certaines parties de la science. Il en est ainsi, par exemple, de l'Hygiène et de la Méthode de Laennec et d'Avenbrugger.

La première de ces sciences ne s'adresse pas seulement aux médecins, elle s'adresse encore aux gens du monde, et peut être abaissée à leur niveau; c'est ce qu'a fait, nous ne craignons point de le dire, avec un grand bonheur d'exécution, M. Foy. L'auteur a eu surtout en vue de signaler les perfectionnements importants qu'a reçus l'hygiène publique et privée. Il a voulu aussi combattre les vivaces préjugés qui existent toujours dans le monde relativement à un bien aussi précieux que la santé, et il l'a fait en honnête homme, et en homme convaincu que par là il servait l'intérêt réel de la société. C'est donc là, pour tout dire en un mot, un bon, un excellent livre.

Il en est de même de l'ouvrage de M. Andry. La double méthode d'investigation qu'il s'est proposé de faire connaître, de populariser, était une de ces données qui peuvent tenir dans le cadre rétréci d'un manuel. Il l'y a donc renfermée, et nous pouvons le dire aussi, c'est un des meilleurs guides que les médecins puissent choisir pour se diriger dans l'application des méthodes, sans lesquelles on ne fait que de la science rétrograde.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Chancre situé sur la face interne de la lèvre supérieure. — Syphilis constitutionnelle consécutive. — On ne saurait soumettre à un examen trop minutieux les individus affectés d'accidents syphilitiques secondaires, et dont les parties génitales ne présentent pas de

trace de symptôme primitif. Les régions où l'on trouve le plus souvent le chancre sont, après les parties génitales, l'anus et la cavité buccale. Il ne faut pas se contenter de jeter sur ces organes un coup d'œil superficiel, et conclure à leur intégrité parce que leurs parties extérieures et celles qu'on aperçoit à première vue n'offrent aucune trace de lésion, car le chancre peut siéger profondément et dans leurs replis les plus cachés. M. Ricord nous a cité dernièrement à ce sujet l'exemple d'une dame qui vint le consulter pour des douleurs très-vives qu'elle éprouvait en allant à la selle. L'examen de l'anus lui fit découvrir une petite ulcération située dans un des replis de la muqueuse du rectum ; cette ulcération était placée au-dessus du sphincter, et le pourtour de l'anus ne présentait rien d'anormal. L'aspect de cet ulcère, qui ne présentait aucun caractère de spécificité, et son peu d'étendue, lui firent penser d'abord qu'il avait affaire à une simple fissure. En conséquence il prescrivit des lavements avec une solution d'extrait de ratanhia. Les douleurs furent calmées au bout de quelques jours, et quinze jours après la prétendue fissure était cicatrisée. Mais cette dame ne tarda pas à revenir chez M. Ricord pour lui montrer une éruption qui lui était survenue, et qui n'était qu'une roséole syphilitique. Elle fit alors des aveux qui expliquèrent l'origine et la nature de son ulcération, et qui levèrent les doutes qui auraient pu exister encore.

L'observation suivante offre un exemple remarquable de chancre de la cavité buccale, accompagné d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Ce dernier symptôme, en rapport constant avec l'accident primitif de la bouche, n'existe pas quand le chancre siége aux parties génitales, et lors même que les ganglions cervicaux sont tuméfiés, ce qui a lieu presque toujours au début de la syphilis constitutionnelle. Il a donc une valeur séméiotique très-grande, car il peut mettre sur la voie dans la recherche de l'accident primitif.

Observation. — Salle I, n° 14. N., âgé de vingt-sept ans, est entré à l'hôpital du Midi le 7 mars 1845. Ce malade présente au moment de son entrée les symptômes suivants : plaques muqueuses du scrotum et de l'anus, taches d'un rouge cuivré, légèrement papuleuses sur la face, papules croûteuses du cuir chevelu, engorgement des ganglions de l'aine et de la nuque. Ces accidents datent d'environ six semaines. La verge examinée avec soin ne présente aucune trace d'accident primitif. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu de chancre. En outre des symptômes déjà signalés, il existe dans la région sous-maxillaire un ganglion tuméfié (du volume d'une petite noisette). Cet engorgement, que M. Ricord considère comme un signe pathognomonique des chancres de la bouche, a porté ce médecin à diriger ses

recherches de ce côté. Cet examen a fait découvrir une cicatrice d'un rouge sombre, à base indurée, située sur la face interne de la lèvre supérieure, et à côté du repli que forme la muqueuse sur la ligne médiane, en se réfléchissant de la lèvre sur la gencive. Le malade n'avoue pas quelle a été l'origine de cette lésion, mais il dit que cette cicatrice a été précédée d'une ulcération qui existait elle-même avant tous les autres symptômes que nous avons énumérés. Ces renseignements et les signes qui persistent encore ne permettent pas de méconnaître un chancre induré.

Oblitération du col de la matrice ayant produit la rétention du sang des règles. — Ponction de l'utérus suivie du retour périodique de celles-ci. — La femme Léon, âgée de trente-cinq ans, d'une constitution assez chétive, entre le 11 novembre 1844 à l'hôpital Saint-Louis; mère de quatre enfants qu'elle mit au jour sans aucun accident, elle eut le 24 juin de cette même année un cinquième accouchement très-laborieux, qui ne fut terminé qu'après trois jours de vives douleurs. Peu de temps après cet accouchement, la femme Léon s'aperçut qu'elle était continuellement mouillée par son urine, qui s'échappait sans cesse du vagin. Actuellement, on constate l'existence d'une large communication entre la vessie et le vagin, la presque totalité de la paroi commune à ces deux organes est détruite; il ne reste de l'urètre que le tiers antérieur à peu près, le méat urinaire est oblitéré. Le doigt introduit dans le vagin pénètre dans la vessie qu'il parcourt dans tous les sens; cet organe est revenu sur lui-même n'étant plus habituellement distendu par l'urine. Depuis ses dernières couches, la malade n'a pas revu ses règles; le toucher fait reconnaître que le col de l'utérus a été en grande partie détruit, complétement oblitéré, et que la paroi antérieure de la matrice a contracté des adhérences avec la paroi vésicale qui lui correspond. On sent en outre une tumeur volumineuse, arrondie, très-douloureuse à la moindre pression, due au développement de l'utérus qui, touché par le rectum, présente une égale ampliation; aussi comprime-t-il cet intestin. Le toucher hypogastrique permet de s'assurer que la matrice s'élève plus haut qu'elle ne le fait dans l'état de vacuité. Depuis trois mois la malade éprouve des douleurs comme pour accoucher : elles sont par instant si vives, surtout à l'époque du mois qui répond à celle de l'apparition des menstrues, qu'elles ont à plusieurs reprises déterminé des syncopes : il y a fièvre, nausées et céphalalgie intense. M. Jobert fit appliquer en deux fois 40 sangsues sur l'abdomen, puis il prescrivit un peu plus tard une saignée du bras ; jusqu'au 20 décembre on donna tous les jours, soit des bains de siége, soit des bains entiers. Cette médication diminua un peu les douleurs qui ne tar-

dèrent pas cependant à reprendre toute leur intensité. M. Jobert se décida alors à pratiquer la ponction de l'utérus, dans le but de donner issue au sang qu'il présumait devoir y être accumulé. Le 21 décembre il fit avec un trocart une ponction sur le point le plus déclive de la paroi antérieure de l'organe ou dans le point où elle adhérait à la vessie par l'intérieur de laquelle l'instrument passa ainsi nécessairement après avoir franchi le vagin dans toute sa hauteur : cette ponction fut immédiatement suivie de l'écoulement de plusieurs cuillerées de sang demi-liquide, noir et assez semblable à de la gelée de groseille peu cuite; soumis à l'analyse, ce sang ne contenait pas de sérum. M. Jobert remplaça la canule du trocart par une sonde de gomme élastique qu'il retira au bout de vingt-quatre heures : le 28 septembre, de nouveaux accidents ayant eu lieu et le sang ne s'écoulant plus au dehors par suite de l'occlusion de l'orifice artificiellement pratiqué à l'utérus, une seconde ponction fut faite au même endroit qu'occupait la première; cette fois le chirurgien laissa la sonde à demeure pendant quarante-huit heures; l'ouverture faite à l'utérus s'est maintenue, et trois fois depuis lors la femme Léon a eu ses règles sans aucun accident. Quant à la fistule dont elle est atteinte, M. Jobert, qui s'est tant occupé de la cure de cette triste infirmité, la regarde dans ce cas comme étant tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

Nouvelle manière d'employer les frictions mercurielles belladonées dans certaines inflammations oculaires. — L'emploi de cet agent n'est certainement pas nouveau; le mercure et la belladone seuls ou combinés entrent depuis longtemps dans la thérapeutique oculaire. Mais voici un moyen nouveau de les utiliser employé avec succès par M. Chassaignac dans le service dont il est chargé à l'Hôtel-Dieu. Ce chirurgien a remarqué que la partie supérieure du crâne depuis la racine des cheveux jusqu'à l'occiput, dans un espace de trois travers de doigt, est une surface éminemment absorbante; la peau semble avoir à cet endroit une force d'absorption plus forte encore qu'aux aines ou aux aisselles. C'est sur cette partie médiane et supérieure du crâne préalablement rasée que se font deux fois par jour les frictions mercurielles.

Un jeune homme de dix-huit ans est entré à l'Hôtel-Dieu pour une kératite ulcéreuse des deux yeux, plus intense à droite. Une saignée générale, des applications de ventouses scarifiées au-dessous de l'oreille, et le calomel à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour, ont été d'abord employés. On en est venu ensuite aux frictions mercurielles belladonées faites de la manière que nous avons indiquée, et le malade a vu survenir dans son état une amélioration sensible et très-rapide.

Plaie de la cornée compliquée d'ophthalmie aiguë. — Traite-

ment antiphlogistique énergique. — Guérison. — La fille Leguay, âgée de trente ans, d'une constitution robuste, entra le 24 janvier à l'hôpital Saint-Louis pour s'y faire traiter d'une violente ophthalmie, reconnaissant pour cause une lésion traumatique de l'œil. Le 21 du même mois, cette femme voulant couper le cou d'une oie, se servait d'un couteau à lame effilée et terminée en pointe très-aiguë. Au moment où elle s'efforçait de faire pénétrer le tranchant de l'instrument entre les vertèbres cervicales, celui-ci glissa vivement, et obéissant au mouvement brusque que lui imprima la main de celle qui le tenait, il atteignit cette dernière à l'œil gauche; il en résulta une plaie de la cornée; horizontalement dirigée, elle siége à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen; on dirait presque l'incision que fait le couteau du chirurgien dans l'opération de la cataracte par extraction. Pendant deux jours la douleur fut modérée, aussi la malade resta chez elle, et se contenta d'appliquer des compresses d'eau froide sur l'œil. Mais bientôt la douleur devint très-vive, profonde, s'irradiant au sourcil et à la tempe; en même temps chaleur intense, élancements, rougeur de paupières, et injection prononcée de la conjonctive oculaire, de plus insomnie. En cet état, la fille Leguay se décida à entrer à l'hôpital. Les accidents inflammatoires existent dans toute leur intensité; les lèvres de la plaie de la cornée sont tuméfiées, grisâtres; la partie inférieure de l'iris paraît y adhérer; la transparence de la cornée dans sa moitié inférieure est troublée; la malade se plaint de douleurs vives dans l'orbite, il y a photophobie marquée, l'iris est manifestement phlogosé, la réaction fébrile générale est très-prononcée.

Le 24, jour de l'entrée de la malade, M. Jobert, pour combattre une inflammation qui, par son énergie, menaçait de désorganiser promptement l'organe de la vision, prescrivit deux saignées, l'une du pied, l'autre du bras. Pendant cinq jours la saignée du bras fut renouvelée chaque matin, en même temps que des révulsifs sur le canal digestif étaient administrés. Le traitement local se borna à des fomentations émollientes. Le soir on donnait au malade une pilule d'un grain d'extrait aqueux d'opium. Sous l'influence de cette médication énergique, l'inflammation oculaire céda, et la malade a conservé son œil; seulement il existe un leucoma sur le point où la cornée a été divisée; de plus il y a une déformation de la pupille, dont le segment inférieur a contracté des adhérences avec la cornée. La vision s'opère cependant, mais moins nettement que de l'œil du côté opposé.

Rétention d'une portion de placenta, expulsée spontanément quatre mois après l'accouchement. — Tous les praticiens connaissent le danger qui résulte pour les nouvelles accouchées de la rétention

d'une partie du placenta dans la matrice. Hémorrhagies, fièvres puerpérales, résorption purulente, il n'est pas d'accident qu'on n'ait imputé à cette circonstance, de là le précepte donné pour les accoucheurs d'explorer avec soin l'intérieur de la matrice après la délivrance. Voici cependant un fait remarquable par l'innocuité des accidents qui ont suivi la rétention d'une partie du placenta. Une femme du service de M. Piorry, à l'hôpital de la Pitié, est accouchée le 20 octobre dernier. Depuis cette époque elle a toujours éprouvé des douleurs utérines légèrement expultrices. En même temps elle était affectée d'une leucorrhée. Le 25 janvier elle a rendu, sans douleur, un corps du volume de deux grosses noix, entouré de fausses membranes blanchâtres. Les douleurs utérines n'ont plus reparu, et la malade a parfaitement guéri de son écoulement, qui a cessé avec la cause qui le déterminait. L'inspection du corps expulsé a fait reconnaître que c'était une portion de placenta, ou peut-être même le placenta tout entier revenu sur lui-même après quatre mois de séjour dans la matrice. — Nous le répétons, au point de vue de la bénignité des accidents, et cela après quatre mois de rétention du placenta, ce fait mérite d'être conservé.

Emploi de la solution caustique de sulfate de zinc comme moyen d'empêcher la reproduction des polypes des fosses nasales après l'extirpation. — M. Lisfranc a fait remarquer avec raison qu'on n'a pas satisfait à toutes les indications quand on a extirpé les polypes ; il faut encore prévenir leur réapparition, qui arrive avec une si grande facilité, qu'on peut la regarder comme presque constante quand on néglige de la combattre. Si on examine en effet au grand soleil les narines d'un individu sur lequel on vient d'extirper des polypes, on voit un grand nombre de petites granulations du volume de la tête d'une épingle, qui sont très-probablement le germe des polypes à venir. Depuis qu'en Angleterre on a imaginé de badigeonner les fosses nasales avec la solution de sulfate de zinc, la réapparition ne se voit presque plus. M. Lisfranc assure que le plus grand nombre de faits qu'il possède lui permet d'avoir une opinion arrêtée sur l'efficacité de ce moyen, qui réussit dans presque tous les cas.

Lorsque, vers le quatrième ou le sixième jour après l'extirpation, il ne reste plus d'inflammation, on peut en venir au badigeonnement. Il produit en général beaucoup d'irritation. Si la douleur était trop vive, s'il survenait de l'inflammation, on la combattrait par les moyens déjà indiqués.

Voici la formule de la solution astringente qu'on emploie :

Décoction vineuse de roses de Provins... 30 grammes.
Sulfate de zinc..................... 4 grammes.

Chez les sujets très-sensibles on pourra commencer par une moindre dose de sulfate de zinc.

On se sert d'un petit pinceau pour porter le caustique. Il faut prendre garde de trop approcher de la lame criblée de l'ethmoïde. On cause d'abord beaucoup d'irritation, il y a du larmoiement, des éternuements, etc. Il suffit, en général, de toucher la muqueuse tous les deux ou trois jours, pendant une quinzaine environ, pour prévenir la récidive.

Heureux emploi du colombo en infusion dans un vomissement chronique. — Un jeune tonnelier d'une assez bonne constitution, et ne conservant plus qu'un reste d'embonpoint, entre à l'hôpital Beaujon le 11 février 1845, n'ayant d'autre symptôme que le vomissement, après chaque repas, de la plus grande partie des aliments qu'il a pris. Ces vomissements sont survenus depuis deux ans, à la suite d'excès de vin que le malade a faits, dit-il, par les occasions nombreuses que lui fournissait son état. Des sangsues ont été employées dans le commencement, et depuis des traitements variés ont été mis en usage sans utilité.

Le malade ne présente pas de fièvre, la région épigastrique est indolente à la pression et à la percussion, la langue est normale, la salive acide, l'appétit prononcé. Il existe de la constipation plutôt que du dévoiement ; les voies biliaires sont dans un état satisfaisant. On essaye successivement le sous-nitrate de bismuth à l'intérieur, les ventouses mouchetées sur la région épigastrique. Les vomissements persistent. On donne des aliments solides, et l'on prive le malade de soupe et d'aliments liquides. Les vomissements cessent pendant deux jours, puis ils se reproduisent. Les substances rejetées n'ont éprouvé qu'une imparfaite coction. On cherche à combattre la disposition acide de la salive et les rapports de même nature par la magnésie, l'eau de Vichy, etc., sans aucune utilité. On place trois petits cautères sur la région de l'estomac sans obtenir plus de succès. N'ayant d'autre indication que celle fournie par le symptôme, M. Martin Solon prescrit, le 20 février, l'infusion de 10 grammes de racine de colombo dans un litre d'eau, que le malade, légèrement altéré, devra prendre par verres dans la journée. Il continue l'usage des soupes, du pain et de la viande ; on le prive seulement de légumes. Les vomissements cessent immédiatement ; la digestion, souvent flatulente, se fait avec facilité ; la constipation diminue, les rapports acides ne se font plus sentir. Un vomissement occasionné par l'ingestion de pommes de terre a lieu le 25 février : cet accident ne se produit pas plus tard. Le malade mange impunément les légumes et la viande, qui constituent les trois cinquièmes de la portion alimentaire, et sort guéri de sa gastralgie le 18 mars, après cinq semaines de séjour. Ainsi, le colombo seul a fait cesser les vomissements.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABLATION DES DEUX OVAIRES (*Cas heureux d'incision du péritoine pour l'*). Les Anglais et les Américains surtout sont connus pour la hardiesse, l'on pourrait dire la témérité de leurs opérations chirurgicales. Déjà les docteurs Clay et Walne avaient fait avec succès, en Angleterre, l'ablation d'un ovaire : voici M. le docteur Altée, de Lancastre, en Pensylvanie, qui l'a dépassé; il vient d'enlever les deux ovaires à une femme, et cette chanceuse opération a eu un résultat complétement avantageux.— Mlle R., âgée de vingt-cinq ans, s'aperçut pour la première fois, en décembre 1836, d'une altération dans sa santé. L'abdomen prit du développement, devint sensible à l'hypogastre : il avait le volume qu'il offre à la fin de la gestation, lorsque M. Altée la vit, en décembre 1839. Aucun traitement n'ayant eu d'effet, on fit une première ponction le 2 juin 1840, et l'on retira vingt livres de sérosité claire et transparente. En décembre 1842, on en était à la cinquième ponction. Ce fut alors que l'on put constater immédiatement au-dessus de la région inguinale droite, l'existence d'une tumeur dure, du volume d'un œuf de dinde, et dépassant le détroit supérieur du bassin. Le ventre se remplit plus rapidement que les autres fois, l'oppression devint plus forte; et, pour la première fois, il se manifesta de l'irrégularité dans les phénomènes menstruels. Le 13 mai 1843, M. Altée fit une nouvelle ponction, qui donna trente-deux livres d'une sérosité de couleur plus foncée que jusqu'alors. La tumeur avait le volume d'une tête de fœtus, et déjà, de l'autre côté, se manifestait une seconde tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Le col utérin était immobile et pressé contre le pubis. Inutile d'indiquer ici tous les symptômes et signes physiques qui confirmèrent l'auteur dans l'idée qu'il avait affaire à une hydropisie enkystée, et qui lui firent prendre la détermination grave de pratiquer l'ovariotomie.

On procéda à l'opération, le 29 juin 1843, de la manière suivante : la malade étant placée sur une table, la tête et les épaules un peu soulevées par des oreillers, les pieds appuyés sur des chaises; M. Altée pratiqua une incision de neuf pouces, commençant à un demi-pouce au-dessous de l'ombilic, et s'étendant jusqu'à un pouce et demi au-dessus de la symphyse pubienne. Arrivé peu à peu jusqu'au péritoine, il piqua cette membrane avec la pointe du bistouri, et, ayant plongé le trocart dans cette ouverture, il donna issue à dix-huit livres de sérosité. Après avoir vidé aussi exactement que possible la cavité abdominale, il agrandit l'incision du péritoine dans les limites de la plaie extérieure, et arriva ainsi sur la partie interne et supérieure de l'ovaire droit. La tumeur avait le volume d'un œuf d'oie; elle était formée de petites hydatides, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, s'élevant hors du bassin, au-dessus de l'enveloppe péritunéale de la tumeur, et la dépassant d'un demi-pouce dans tous les sens. La tumeur ovarique droite s'étendait sur les vaisseaux iliaques. Celle de gauche remplissait complétement le côté correspondant de la cavité pelvienne. L'ovaire droit était solidement fixé à tout le pourtour du détroit supérieur. Une sorte de masse de vaisseaux, large de près de huit lignes et longue de six pouces, tirant son origine de l'épiploon de l'hypocondre gauche, paraissait fournir à la tumeur ses principaux éléments de nutrition. On les serra dans un cordonnet de cuir, puis on les coupa à un demi-pouce de la tumeur. L'opérateur, ne pouvant détacher la tumeur ovarique du bassin avec les doigts seuls, fut obligé d'étendre l'incision de la paroi abdominale jusqu'au pubis, pour faciliter la dissection, qui s'exécuta tour à tour à l'aide du scalpel, des doigts et du bistouri boutonné. Deux artères furent ouvertes et liées. Lorsqu'on eut enlevé la tumeur hors de l'abdomen, il se trouva qu'elle était encore retenue par le ligament large; on coupa celui-ci après l'avoir lié.

Il fallut également couper le ligament large pour détacher la tumeur ovarique gauche. Les difficultés furent, du reste, beaucoup moindres de ce côté-là que de l'autre.

L'abdomen, après l'ablation des

deux tumeurs, fut abstergé avec des éponges fines. Le cordonnet de cuir qui avait servi à lier une masse de vaisseaux à droite fut remplacé par des fils de soie. Les lèvres de l'incision furent rapprochées au moyen de points de suture entortillée, placés à un pouce de distance les uns des autres. Des bandelettes agglutinatives furent mises dans les intervalles, et les cinq ligatures furent amenées au dehors. L'hémorrhagie avait été peu considérable. La malade, qui avait supporté l'opération avec le plus grand courage et sans syncope, fut reportée à son lit. L'opération avait duré quarante-cinq minutes, dont un tiers employé à l'évacuation du liquide. Les intestins s'étaient souvent présentés ; on se borna à les retenir doucement avec la main. L'auteur dit qu'en les voyant vides et comme flasques, il se félicitait d'avoir administré un purgatif deux jours auparavant et de l'opium la veille.

Une saignée de 300 grammes fut pratiquée dans la soirée. Les jours suivants, le pouls se maintint au-dessus de cent pulsations ; à cela près, il n'y eut ni douleurs vives, ni symptômes inquiétants. Le 12 juillet, la ligature des vaisseaux épiploïques tomba. La malade sortit en voiture le 20 de ce mois. Le 26 septembre, les autres ligatures se détachèrent et la plaie se ferma. La malade ne présentait aucun signe qui annonçât le retour de l'ascite. (*The Am. Journ. of med. scienc.* et *Revue méd.*, janvier 1845.)

ACCOUCHEMENT (*Du sexe de l'enfant, considéré comme cause de difficulté et de danger dans l'*). Un accoucheur anglais, M. Simpson, vient de se livrer à de longues et de laborieuses recherches dans le but de déterminer si les accouchements de garçons ne seraient pas plus dangereux et pour la mère et pour l'enfant que ceux de filles. Ses investigations l'ont conduit à résoudre cette question par l'affirmative. Son mémoire s'appuie sur un luxe de preuves vraiment remarquable. Ne pouvant toutes les indiquer ici, nous nous bornerons à donner les résultats généraux qui découlent de ce travail.

Quant aux dangers pour la mère, M. Simpson prouve par des relevés que parmi les femmes qui meurent pendant l'accouchement, ou à sa suite, le plus grand nombre a donné naissance à un garçon. Ainsi, sur 154 femmes mortes durant le travail, 105 avaient accouché d'un garçon et 49 d'une fille.

Lorsque le travail offre quelques complications, cela se rencontre plus souvent lors des naissances de garçon. Il a trouvé une proportion plus ou moins élevée d'accidents divers, travail pénible, convulsions, fièvre puerpérale, hémorrhagies, etc., etc., pour les naissances de garçons que pour les filles.

Quant aux dangers pour l'enfant, lorsque les femmes meurent pendant le travail ou à sa suite, M. Simpson a vu qu'un plus grand nombre de garçons que de filles viennent au monde sans vie. La proportion des garçons aux filles parmi les enfants morts-nés, considérée d'une manière générale, et sans tenir compte des circonstances dans lesquelles s'est trouvée la mère, donne entre les deux sexes une non moins grande différence.

Lorsque les enfants naissent vivants, les accidents qui sont l'effet de l'accouchement s'observent plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. Sur 17 enfants, morts une demi-heure après l'accouchement, 16 étaient des garçons.

Il meurt plus de garçons que de filles dans la première période de l'enfance; et cet excès de mortalité est si bien le résultat de l'accouchement, que la disproportion entre les deux sexes sous ce rapport va graduellement en s'effaçant à partir du moment de la naissance.

Quelle est la cause du danger pour la mère et l'enfant de l'accouchement d'enfants mâles? M. Simpson élague d'abord le défaut de nutrition suffisante donnée par la mère au fœtus, explication qui appartient à Clarke et à M. Quetelet. Si cela était exact, la mortalité du fœtus mâle arriverait à toutes les époques de la gestation, ce qui n'existe pas. Pour l'auteur, une seule cause se présente à l'esprit : c'est l'excès de volume du fœtus du sexe masculin et principalement les dimensions plus considérables de sa tête, différences admises par tous les accoucheurs et qui, quoique légères, lui semblent suffisantes pour expliquer les accidents. M. Simpson s'est livré à cet égard à de grandes recherches statistiques, pour appuyer sa thèse, et il est difficile de ne pas partager son

avis après les nombreuses preuves qu'il iovoque.

Il est fâcheux que les conséquences pratiques à attendre de ce travail ne soient pas en rapport avec la rigueur des démonstrations qu'il contieot. La seule indication à en tirer pour l'accoucheur est de redoubler de précautions toutes les fois qu'il peut reconnaître ou soupçonner le sexe de l'enfant, afin de mettre plus exactement les grands diamètres de la tête en rapport avec ceux du bassin ; il devra aussi s'efforcer alors de rendre le passage aussi large que possible, en combattant la tuméfaction des parties molles et en vidaot la vessie et le rectum. (*The Edenburgh med. and surg. journal*, oct. 1844 et *Gaz. méd. de Paris*, n° 6, 1845.)

ACCOUCHEMENT PREMATURÉ ARTIFICIEL (*Sur quelques cas d'*). Nous sommes loin de l'époque où l'on considérait l'accouchement provoqué comme un crime, comme un attentat commis envers les lois divines et bumaines. L'accouchement prématuré artificiel est aujourd'hui presque universellement adopté, grâce aux efforts persévérants de MM. Stoltz, Paul Dubois, Velpeau, Lacour, etc. Il n'y a peut-être plus uo accoucheur experimenté qui n'y eût recours dans les cas où le bassin a moins de 3 pouces et surtout moins de 2 pouces et demi daos son diamètre antéro-postérieur. Aussi sommes-nous étonnés que des médecins recommandables aient récemment, dans le sein de la Société de médecine de Nantes, frappé de réprobation cette méthode, même dans les cas d'étroitesse du bassin. En Allemagne, en Angleterre, en Italie, en Fraoce, cette opération est aujourd'hui presque entrée dans la pratique générale. Dans ce seul article d'aoalyse, nous pouvons rapporter des faits puisés dans les journaux de ces différents pays. Voici deux faits puisés daos la *Lancette* anglaise (*the Lancet*) : on y verra que quatre fois l'accouchement artificiel a été provoqué ; toutes les quatre fois sans danger pour la mère et trois fois sans danger pour le fœtus, puisque trois enfants sur quatre ont vécu. — Le docteur Forester Wels étant appelé auprès d'une femme primipare, petite et délicate, qui était en travail, la grossesse étant à terme, fut obligé de pratiquer la symphyséotomie. Le diamètre antéro-postérieur du bassin était au-dessous de 3 pouces. Ce médecin recommanda à cette femme, dans le cas où elle aurait une autre grossesse, de le faire prévenir au septième mois. Cela fut fait. Le 21 décembre 1841, il fit prendre du seigle ergoté, et en même temps il décola avec l'iodex les membraoes au niveau du col et de l'orifice utérin. Le lendemain, à la même heure, il répéta cette opération ; et le surlendemain, comme l'orifice avait 1 pouce de diamètre, était mou et dilatable, il rompit les membranes. Le travail s'établit immédiatement : 82 beures après l'iogestion du seigle ergoté et 34 heures après la rupture des membranes, cette femme accoucha d'un garçon qui vécut 12 heures. Le rétablissement fut très-rapide.—La même femme, le 20 septembre 1843, fit appeler de nouveau M. Wels. L'accouchemeot artificiel fut provoqué par les mêmes moyens ; seulement les membranes furent rompues plus tôt : 65 heures après l'ingestion du seigle ergoté et 38 heures après la rupture des membranes, elle accoucha d'une petite fille qui vit encore. — Une femme de 34 ans, qui, sept fois auparavant, avait accouché avant terme d'enfants morts-nés, appelle M. Wels au huitième mois de sa huitième grossesse. Le diamètre antéro-postérieur du bassin avait 2 pouces 3/4. Elle consentit à ce que l'accouchement fût provoqué immédiatement. L'accoucheur suivit la même conduite que précédemment, et, 54 heures après le seigle ergoté et 4 heures après la rupture des membranes, elle mit au monde un garçon qui vit encore. La même méthode eut un plein succès chez une troisième femme de 24 ans, arrivée au huitième mois : elle mit au monde un enfant vivant.

En Allemagne, M. d'Outrepont, professeur à Wurtzbourg, non-seulement préconise, mais pratique l'accouchement prématuré artificiel. Il a fait cette opération onze fois, dont deux fois chez deux femmes primipares. Neuf enfants sont venus vivants au monde, et deux ont succombé pendant qu'on en fit l'extraction, l'un d'eux s'étant présenté par le coccyx et l'autre par l'épaule. — M. d'Outrepont rapporte l'observation d'une femme dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que 2 pouces 3/4. Déjà cinq fois on l'avait délivrée difficilement d'enfants morts ;

dans les sixième et septième grossesses, on a eu recours à l'accouchement prématuré artificiel, refusé jusqu'alors, et elle est aujourd'hui mère de deux enfants qu'elle a allaités elle-même. Une chose qu'il est important de noter, c'est que M. d'Outrepont, après avoir essayé plusieurs autres procédés, donne aujourd'hui la préférence à la ponction de l'œuf. (*New Zeitschrift feu Geburtskunde.*)

Les observations publiées en juin dernier, dans les *Annales de médecine de Milan*, par le docteur Pellegrini, soulèvent de nouveau la question qui a été posée l'an passé dans ce journal par M. Chailly Honoré (t. 27, p. 388), savoir si l'accouchement prématuré peut être provoqué dans ces maladies qui font courir les plus grands dangers aux femmes enceintes de sept ou huit mois, et dans lesquelles l'accouchement suspend ou conjure le plus souvent les accidents funestes. — M. Pellegrini a pratiqué deux fois avec succès l'accouchement prématuré pour des affections cérébrales graves. Le premier fait concerne une femme de vingt ans, arrivée au septième mois de sa grossesse. Elle avait une affection convulsive apoplectiforme. Elle était depuis deux jours dans une véritable léthargie. Insensibilité à tous les agents extérieurs, mouvements convulsifs qui durent de temps en temps une minute, après quoi la malade retombe dans le calme. L'état allait s'aggravant : tous les moyens les plus énergiques avaient été sans succès ; la malade avait perdu, en 48 heures, 7 livres de sang. Dans cette circonstance, guidé par l'idée que l'état de réplétion de l'utérus était peut-être la cause de cet état apoplectiforme, M. Pellegrini résolut de vider immédiatement la cavité utérine. Les conditions étaient heureuses. La grossesse était au delà du septième mois; le fœtus était vivant ; le col utérin ouvert de manière qu'on pût y introduire le doigt. La malade fut mise dans un bain ; une demi-heure après, le médecin introduisit successivement un, deux ou trois doigts dans le col utérin, et, par un mouvement de rotation assez doux, il arriva jusqu'aux membranes, qu'il fit saillir en comprimant en dehors le corps de l'utérus; ensuite, à l'aide d'un stylet, il donna issue aux eaux de l'amnios; il introduisit de nouveau les doigts dans le col utérin, et réussit au bout de quelque temps à y passer la main tout entière. Il la retira peu à peu, et la tête commença à s'engager dans l'excavation. Il espérait qu'il suffirait de quelques frictions sur le globe utérin pour terminer l'accouchement; mais l'utérus était contracté sur le fœtus, et la tête restait immobile dans l'excavation. Il n'y avait pas à hésiter ; la malade fut retirée du bain, placée sur un lit, et l'accouchement fut terminé avec le forceps. L'enfant était vivant, mais il ne vécut qu'un quart d'heure. Le placenta fut décollé avec la main et l'utérus revint aussitôt sur lui-même. Dans la journée, la malade reprit connaissance. Cette amélioration ne se démentit pas. Un mois après, elle put quitter le lit et elle reprit ses occupations. — La seconde observation a rapport à une femme de quarante ans, qui était dans le coma par suite d'une apoplexie avec hémiplégie du côté gauche, nullement amendé par les saignées. M. Pellegrini agit comme dans le cas précédent; seulement, il alla chercher les pieds, et amena un enfant vivant qui vécut huit jours. Le trente-cinquième jour, la malade pouvait se lever ; il ne lui restait plus qu'un sentiment d'engourdissement dans le bras gauche, qui disparut. Le rétablissement fut complet. (*Annali universali* et *Archives de méd.*, janvier 1845.)

ALIÉNATION MENTALE. *Bons effets de l'opium dans un cas de manie qui durait depuis six mois.* On connaît l'efficacité de l'opium contre le délire des ivrognes; on sait aussi que la folie, suite de couches, lorsqu'elle revêt la forme maniaque, est heureusement combattue par ce médicament. M. Moreau, médecin de Bicêtre, vient d'obtenir, à l'aide de ce moyen, la guérison d'un cas de manie intermittente simple que présentait, depuis six mois, un jeune Danois nommé Jacob F., âgé de vingt-six ans. Ce malade, qui du reste comptait deux aliénés du côté de sa mère, était à son quatrième accès d'aliénation ; le premier avait eu lieu à l'âge de quatorze ans. Entré à Bicêtre, il passa environ six mois tour à tour calme et exaspéré dans son délire. Pendant ce temps, la saignée générale, une vingtaine de ventouses, les bains, les purgatifs, le travail des champs sont employés sans que les

remittences de son délire se prolongent au delà de peu de jours. Au mois d'octobre dernier, M. Moreau administra l'extrait aqueux d'opium d'abord à la dose de 5 centigrammes, puis de 10, et ainsi graduellement jusqu'à ce qu'il survînt un commencement de narcotisme. Le 9 octobre, le malade qui, dès le quatrième jour de l'emploi du médicament, s'est montré plus calme, se plaint de violents maux de tête, le pouls est élevé, la figure injectée; l'opium est suspendu, la diète est ordonnée. Le 10, le narcotisme a cessé, le malade rend parfaitement compte de ce qu'il éprouve; il est calme et exprime ses idées avec ordre et précision. A partir de ce jour il va de mieux en mieux. Jacob se remet pour quelque temps aux travaux des champs; sa guérison se confirme tous les jours davantage, et le 15 novembre il sort de l'hospice.—L'opium est un des agents thérapeutiques auxquels on a eu le plus souvent recours pour combattre la folie en général: on a mentionné beaucoup de succès, mais des insuccès en égal nombre. Cette médication ne serait-elle pas plus souvent heureuse si elle était plus convenablement dirigée, et non employée indistinctement dans tous les cas? Chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, certainement le dernier accès de manie a cédé évidemment et exclusivement à l'action de l'opium. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1845.)

AMAS DE CHARBON DANS LES POUMONS (*Recherches sur les*), *qui se produisent pendant la vie.* Nous avons rapporté, t. 21, p. 134, l'histoire d'un charbonnier mort à la Charité, dont les poumons étaient d'un noir très-prononcé. L'analyse de 65 grammes de leur parenchyme donna 80 centigrammes de charbon pur, ce qui établissait la masse énorme de 24 grammes de charbon qui devaient se trouver dans les deux poumons. Ici, évidemment, la profession de cet homme expliquait la quantité de poudre de charbon qui avait pénétré dans les organes respiratoires. Mais il était généralement admis que la matière noire, comme charbonneuse, que l'on trouve dans les poumons d'un grand nombre de cadavres appartenant à toutes les professions, devait être attribuée à l'absorption des molécules charbonneuses suspendues dans l'air pendant la combustion. M. Natalis Guillot s'est livré à une suite de recherches des plus importantes touchant la vraie nature de ces produits singuliers. Ces recherches ont été faites à l'hospice de la vieillesse, dont M. Guillot est médecin; elles ont porté sur des malades dont le moins âgé avait atteint sa soixante-dixième année. Aucun, pendant la durée de sa vie, n'avait eu de profession dans l'exercice de laquelle il eût pu respirer habituellement une atmosphère chargée de particules charbonneuses; les uns étaient cochers, d'autres jardiniers, boulangers, d'autres employés, etc. M. N. Guillot a reconnu les particularités suivantes : il se produit et s'accumule continuellement, dans les organes respiratoires de l'espèce humaine, pendant l'âge mûr et la vieillesse, du charbon en nature et dans un état excessif de division. Ce charbon, déposé dans l'épaisseur même des tissus, ne vient pas de l'extérieur; il doit provenir de décompositions successives de certains matériaux de l'organisme; il s'accumule souvent dans le parenchyme pulmonaire au point de le rendre imperméable à l'air et de déterminer la mort des vieillards qui sont atteints de cette infirmité. Une des singularités les plus curieuses, c'est l'absence de ce corps chez l'enfant et sa présence de plus en plus marquée à mesure qu'on avance en âge. C'est sous les yeux de M. Dumas que M. Melsens a fait toutes les expériences chimiques nécessaires pour établir la nature de la substance noire des poumons. L'état de division extrême de cette matière charbonneuse, telle qu'on l'obtient en traitant les poumons successivement par les acides, les alcalis, l'eau, l'alcool, l'éther, permet, jusqu'à un certain point, de concevoir la dureté que ce corps peut acquérir dans quelques cas. On aura une idée de l'extrême division de ces poussières charbonneuses quand on saura que 100 milligrammes environ de cette matière rendent opaque près de deux litres d'eau, c'est-à-dire qu'une partie de ce charbon colore fortement deux millions de fois son poids d'eau distillée.—Nous aurons à examiner, d'après le long et curieux mémoire dont il est question, par quels phénomènes la présence de l'accumulation du charbon dans la poitrine se révèle pendant la durée de la vie, si elle est nuisible chez tous les hom-

mes, ou si chez quelques-uns elle peut devenir utile. (*Archives de méd.*, janvier et février 1845.)

ARSENIC (*De la prohibition de l'*). On sait que le gouvernement a nommé une commission chargée de proposer des mesures soit pour la prohibition de la vente de l'arsenic, soit pour y apporter de grandes restrictions. Quelques esprits se sont émus à l'idée d'une prohibition complète. M. Legrip, pharmacien à Chambon, est de ce nombre. Il trouverait à cette mesure de graves inconvénients qu'il a cru devoir signaler. Résumons et examinons ses diverses objections.

D'abord, M. Legrip invoque les nécessités de la thérapeutique humaine et vétérinaire. L'arsenic est employé dans un certain nombre de maladies de l'homme et des animaux, donc il serait fâcheux d'en prohiber la vente. Nous avouons que ce premier argument nous touche peu. Les succès de l'arsenic, du moins dans la thérapeutique de l'homme, sont pour nous assez problématiques pour que nous ne les mettions pas en balance avec la prohibition, si la prohibition devait empêcher l'effroyable usage qu'en font les empoisonneurs. Vient ensuite un argument sur les arts et l'industrie auxquels l'arsenic est nécessaire, et que la prohibition peut considérablement troubler. Ici encore, s'il nous était bien démontré que la prohibition serait efficace, nous ne reculerions pas devant quelques perturbations artistiques ou industrielles, en vue d'un aussi grand bienfait. *Salus populi suprema lex.* Un autre motif indiqué par M. Legrip, est que l'arsenic manquant, les empoisonneurs auront recours à d'autres substances; il craint de voir renaître les Borgia, les Exili, les Brinvilliers et leurs siècles de douloureuse mémoire. Ces craintes, honorables, nous paraissent néanmoins peu légitimes. En empoisonnement comme dans le vol, il est malheureusement vrai de dire que l'occasion fait le coupable. Les malfaiteurs emploient l'arsenic parce qu'ils l'ont sous la main, qu'il coûte bon marché et que surtout ils en connaissent la fatale énergie. La toxicologie n'est pas une science si vulgaire, elle suppose d'ailleurs des connaissances antérieures et parallèles assez multipliées pour qu'on puisse craindre qu'elle pénètre dans les classes inférieures de la société.

Le meilleur argument de M. Legrip est celui-ci : c'est que sur cent cas d'empoisonnement par l'arsenic, il y en a quatre-vingt-dix dans lesquels il est impossible de remonter à la constatation de l'achat du poison dans une pharmacie. Le commerce de cette drogue se fait donc ou d'une manière clandestine, ou bien par des gens qui n'exécutent pas toutes les prescriptions de la loi. Or, avec la prohibition complète, M. Legrip n'hésite pas à dire que le commerce clandestin prendra une plus grande extension et que par conséquent il sera impossible d'empêcher la pénétration de cet agent là où on aura dessein de l'employer d'une manière criminelle.

Au lieu de la prohibition complète, M. Legrip propose une série de mesures tendant à concentrer la vente de l'arsenic entre les mains du pharmacien seul qui, en dehors des prescriptions médicales, ne pourrait en livrer qu'après une série de formalités bien faites pour décourager des intentions coupables. (*Journal de chimie médicale et Encyclographie*, février 1845.)

BEC-DE-LIÈVRE SIMPLE ET COMPLIQUÉ (*Recherches pratiques sur le*). Nos lecteurs se rappelleront sans doute l'exposé que nous avons fait dans le Répertoire du numéro de novembre 1844, d'un procédé nouveau au moyen duquel son auteur, M. Mirault d'Angers, se proposait, à la suite de l'opération du bec-de-lièvre simple, de rendre à la lèvre sa forme régulière en reconstituant plus parfaitement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors le lobule médian : la seconde partie du travail de M. Mirault renferme une nouvelle observation qui confirme les heureux effets de son procédé, pour la description duquel nous renvoyons au t. 27, p. 295 du *Bulletin de Thérapeutique*. L'auteur s'occupe en outre du bec-de-lièvre double compliqué de déplacement avec saillie des os intermaxillaires; on sait que cet état pathologique a vivement préoccupé les chirurgiens, et que plusieurs moyens d'y remédier ont été proposés. Vesault employa avec succès la compression qui, suffisante lorsque la saillie des os incisifs est peu considérable, ou que leur pédicule est souple et flexible, ne saurait convenir dans les circonstances opposées. Supposons en effet

que ce pédicule, au lieu de dépasser de quelques millimètres l'épine nasale, s'avance plus ou moins sur la cloison des fosses nasales dont les os incisifs semblent alors une dépendance, il ne s'agirait plus, dans ce cas, de faire fléchir leur pédicule pour opérer leur redressement, c'est une sorte de migration des os en totalité qu'il faudrait opérer pour les rétablir dans leur place naturelle. Or, aucune propriété du tissu des os, dans l'état de santé, ne saurait permettre un pareil déplacement : pour remédier à ce vice de conformation, M. Mirault, entre les procédés de Franco, de M. Gensoul et de Dupuytren, a choisi le procédé de ce dernier, qu'il a modifié de la manière suivante : *Obs.* Une jeune fille, âgée de quatre ans, portait un bec-de-lièvre double avec saillie de deux centimètres des os intermaxillaires : les deux fentes de la division labiale interceptent entre elles une protubérance assez considérable, formée par l'union entre eux d'un lambeau médian de la lèvre qui tient au bout du nez et le dépasse, et d'une portion des os incisifs qui se continue avec la cloison des narines, laquelle est très-épaisse et ossifiée. Derrière ces os qui font une saillie de deux centimètres au-devant du plan antérieur de la mâchoire, on remarque un vide qui de chaque côté de la cloison communique avec les fosses nasales et remplace les narines : le nez est épaté et très-difforme : la prononciation est presque inintelligible, malgré l'intégrité de la voûte et du voile du palais. L'opérateur commença par isoler le lambeau médian du tubercule osseux qu'il excisa ensuite à l'aide de cisailles; la résection des os incisifs offrit une grande résistance à l'action de l'instrument qui rencontra sur son passage les germes de la seconde dentition : cela fait, comme le lambeau médian était trop court pour former une sous-cloison complète, M. Mirault suppléa à ce défaut de longueur en dédoublant son extrémité postérieure de manière à ce que la membrane muqueuse qui le tapissait se trouvât sur le même plan que la peau et qu'elle lui fît suite directement. Le lambeau fut ainsi allongé d'un centimètre : on procéda alors à la réunion des parties. D'abord par deux points de suture entortillée on réunit les trois quarts inférieurs de la hauteur de la plaie de la lèvre; ensuite l'opérateur engagea entre les bords du quart supérieur de cette même plaie l'extrémité postérieure du lambeau médian qu'il y fixa par un troisième point de suture. Par cet ingénieux mécanisme qui constitue le point pratique de cette observation, M. Mirault reconstitua à la fois et la lèvre supérieure et la sous-cloison des narines; il termina par l'application d'un bandage unissant. L'auteur nous apprend que l'extrémité postérieure du lambeau interposé comme un coin entre les bords de la solution de continuité de la lèvre ne se réunit pas avec ces mêmes bords; qu'il se trouva obligé de le retirer de la plaie; qu'il s'appliqua à obtenir d'abord la cicatrisation de la lèvre dans toute sa hauteur, et que ce ne fut que 15 jours plus tard, cette cicatrisation étant complète, qu'il reprit en sous-œuvre la restauration de la cloison. Le petit lambeau fut de nouveau taillé et dédoublé à son extrémité postérieure de telle sorte qu'il présentait assez bien les dimensions et la forme de la sous-cloison; les surfaces qui devaient être mises en contact furent avivées. Le lambeau fut réappliqué au bord de la cloison et son extrémité fut fixée au bord supérieur de la lèvre au moyen d'épingles à insecte. Cinq jours après la réunion était complète : M. Mirault insiste sur la nécessité de continuer longtemps encore les moyens contentifs pour maintenir la conformation de la sous-cloison que la rétractilité du tissu inodulaire tend à altérer : il signale en outre la cause à laquelle fut due la non-réunion du lambeau médian. Cette partie, revêtue de la membrane muqueuse précisément du côté qui répondait à la plaie, n'avait point été assez bien avivée; des portions de son épithélium avaient échappé à l'excision. De là le précepte de ne laisser subsister aucune trace de ce dernier à la surface du lambeau. Une dernière question, déjà vivement controversée sans avoir reçu une solution décisive, est reprise par M. Mirault : à quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre? C'est, suivant lui, une pratique irrationnelle que celle qui prétend opérer toutes les espèces du bec-de-lièvre à une époque unique de la vie. On doit ici établir une distinction fondée sur la simplicité ou la complication de la maladie. M. Mirault opère, quel que soit l'âge du sujet, le bec-de-lièvre simple unique, et le bec-de-lièvre

double exempt de complication : une fissure étroite du bord alvéolaire et de la voûte palatine ne serait point une contre-indication suffisante ; mais si la bifidité simple ou double de la lèvre était compliquée d'un écartement plus ou moins grand des os maxillaires, de déviation de l'arcade dentaire, et surtout de projection des os incisifs, il est d'avis de différer l'opération ; les désordres immenses devant nécessiter de la part du chirurgien des manœuvres graves et capables de compromettre la vie du patient, s'il n'est déjà doué de forces suffisantes qui lui permettent de supporter une opération considérable. Dans un autre travail publié par M. Demarquay dans la Gazette médicale sur le même vice de conformation, il est un point de physiologie sur lequel l'auteur a cherché à répandre les lumières de l'observation ; ce point est relatif à la transmission du bec-de-lièvre par voie d'hérédité. Or, contrairement à l'opinion de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, M. Demarquay accepte cette transmission, et à l'appui de la doctrine qu'il soutient il cite cinq faits dans lesquels l'influence de l'hérédité ne saurait être révoquée en doute. Rappelant ensuite les efforts tentés dans ces derniers temps pour reconstituer le lobule médian, l'auteur fait connaître un procédé fort ingénieux mis en usage tout récemment par M. Blandin. Ce chirurgien avait opéré au printemps de l'année 1844 d'un bec-de-lièvre simple un enfant de dix mois environ : dernièrement les parents le présentèrent à M. Blandin pour qu'il eût à corriger l'encochure médiane de la lèvre supérieure. Le chirurgien fit deux incisions obliques partant de la partie supérieure du sillon médian et venant se rendre sur le bord libre de la lèvre supérieure qu'elles respectèrent toutefois : elles circonscrivirent ainsi un lambeau triangulaire dont la base comprenait la partie à corriger et dont le sommet libre était en haut. Le triangle fut abaissé, et par suite de cet abaissement, de concave qu'elle était, sa base devint convexe et forma de la sorte le lobule médian : la disposition des parties fut maintenue au moyen de deux épingles dont la supérieure réunissait la partie supérieure des deux lèvres de la plaie récente ; et dont la seconde joignait le sommet du triangle aux parties latérales. Un fil fut passé autour de ces épingles, l'opération eut un plein succès. (*Jour. de chir., janv.* 1845, et *Gaz. médic. de Paris, janv.* 1845.)

BLENNORRHAGIE (*De l'injection du nitrate d'argent à haute dose dans le traitement de la*). Lorsque, dans le Repertoire de notre numero de décembre 1844, nous exposions les résultats qu'avait donnés entre les mains de M. Venot de Bordeaux la méthode si chaudement preconisée quelque temps auparavant par M. Debeney, résultats si formellement en opposition avec les merveilleux succès obtenus par celui-ci, nous fîmes un appel à nos confrères, persuadé que nous sommes qu'en thérapeutique l'expérience seule peut définitivement trancher les questions en litige. Cet appel a été entendu, et aujourd'hui nous trouvons dans deux mémoires récemment publiés une série d'observations qui contribueront sans doute à hâter le dénoûment d'une discussion qui, bornée dans le principe aux divers organes de la presse médicale, a maintenant envahi la plupart des sociétés savantes.

L'auteur d'un de ces mémoires, le docteur F. Jacquot, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a suivi pour la coordination de son travail les mêmes indications que M. Debeney, c'est-à-dire qu'il a divisé ses observations en plusieurs groupes, prenant pour base de chacun d'eux l'ancienneté de la maladie, son âge en d'autres termes.

1er *Groupe*. — Il comprend onze cas de blennorrhagie ayant depuis un jusqu'à trois jours d'existence : l'injection de nitrate d'argent fut faite à la dose de 8 décigrammes pour 30 grammes d'eau ; il y eut 9 guérisons, 1 récidive, 1 accident. Cet accident consista en une très-vive inflammation qui nécessita l'application de vingt sangsues au périnée ; quant à l'époque de la guérison, l'auteur se borne à l'indiquer en disant que la maladie avorta.

2e *Groupe*. — Blennorragbie aux quatrième, cinquième et sixième jours à peu près ; 17 cas ; 9 guérisons immédiates ou après récidive, 8 insuccès dont 3 avec accidents tels que bubons et inflammation de la verge.

3e *Groupe*. — Il renferme les blennorrhagies du septième, au trentième, ou quarantième jour ; elles sont au

nombre de 6; 1 succès, 5 insuccès dont 2 avec des accidents que l'auteur impute à la méthode; ce sont une orchite et un bubon.

4e *Groupe*. Il est formé de blennorrhagies chroniques, au nombre de 10; il y eut 6 succès, 4 insuccès, dont un avec hématurie; dans un autre cas il y eut récidive, et après la guérison il y eut persistance de douleurs périnéales. Le résumé général des observations du docteur Jacquot, recueillies comme on l'a vu à toutes les phases de la blennorrhagie, donne donc le chiffre 44; sur ce nombre nous avons 25 succès et 19 insuccès. Certes il y a loin d'un pareil résultat à celui qu'annonçait M. Debeney, et si l'on veut bien se rappeler que parmi les insuccès plusieurs se sont compliqués d'accidents sérieux auxquels n'exposent pas la plupart des autres modes de traitement de la blennorrhagie, on se demandera peut-être où sont les avantages si hautement proclamés de la méthode dont il s'agit. Toutefois, pour rester dans les limites d'une appréciation juste et impartiale, disons qu'il résulte de la statistique de l'auteur et de celle qu'il emprunte a un de ses collègues, M. Lafond, de l'Hôpital militaire de la rue de Charonne à Paris, que le traitement abortif a été presque constamment suivi de succès quand la maladie ne datait pas de plus de trois jours, tandis qu'il est presque constamment insuffisant à une époque plus éloignée du début. Est-ce à dire qu'il en faudra conclure que toute blennorrhagie présentant les mêmes conditions de durée devra être attaquée d'emblée par les injections de nitrate d'argent à haute dose? Telle ne saurait être notre opinion, à nous qui trouvons fautive et dangereuse la base du travail du docteur Jacquot et de tous ceux qui comme lui se sont surtout préoccupés de *l'âge* de la maladie, et non de sa nature et de son degré d'acuité. Dans l'urétrite comme dans les autres lésions organiques, c'est, suivant nous, l'état inflammatoire qui doit servir de fondement aux divisions du statisticien; la forme des symptômes, leur intensité, leur persistance, voilà ce qu'il importe de bien définir si l'on veut porter un jugement éclairé sur la valeur de la médication : ainsi l'a compris le docteur Fréd. Cazalis, l'auteur d'un fort bon travail publié dans le journal de Montpellier : dans la première partie de ce travail, M. Cazalis rapporte huit observations de blennorrhagies très-aiguës; dans une seconde catégorie de malades, M. Cazalis range vingt-trois observations de blennorrhagies aiguës ou assez aiguës, et enfin dans une troisième et dernière catégorie figurent quinze malades atteints de blennorrhagies peu aiguës. Toutes ont été traitées par M. le professeur Serre au moyen des injections du nitrate d'argent à haute dose. Suivant MM. Serre et Cazalis, la méthode de M. Debeney n'est rien moins qu'abortive. Sur les 46 malades qui y ont été soumis à l'hôpital St.-Eloi, 16 guérisons seulement ont été dues aux injections à haute dose; et encore chez 6 de ces 16 malades a-t-il fallu recourir aux astringents pour compléter la cure. Que résulte-t-il co somme du mémoire de M. Cazalis? 1° Que dans les blennorrhagies *très-aiguës* les injections à haute dose ont toujours été nuisibles; 2° qu'elles n'ont donné qu'une guérison sur 3 malades dans les blennorrhagies *aiguës ou assez aiguës*, et encore après 12 jours de traitement et quelquefois après l'addition des astringents; 3° enfin qu'elles offrent autant de chances de succès que d'insuccès dans les blennorrhagies *peu aiguës*. Est-il possible, après de tels résultats, de préconiser ce moyen comme méthode générale de traitement de la blennorrhagie? Du reste il faut ajouter, pour être fidèle historien, que MM. Serre et Cazalis ont dans tous les cas reconnu l'innocuité absolue des injections à haute dose, et qu'ils ne savent comment expliquer les fâcheux accidents observés par M. Venot; jamais ils n'ont vu survenir des orchites, des posthites, des abcès urétraux, des ophthalmies, etc.; des douleurs plus vives pendant l'émission de l'urine, la sortie de quelques gouttes de sang par l'urètre, des érections cordées, voilà les seuls symptômes fâcheux qui se soient présentés à eux. Ainsi malgré tout, comme on le voit, les inconvénients de la médication dont il s'agit ne sont pas compensés par les avantages si incertains qu'elle peut procurer. M. Cazalis fait, en terminant, une remarque : c'est que le copahu a paru agir avec une très-grande efficacité chez les malades qui avaient été préalablement soumis au traitement par les injections à haute dose. Il faut, pour que cette remarque prenne une certaine importance pra-

tique, qu'elle soit confirmée par des expériences ultérieures. (*Journ. de chirurgie*, févr. 1845, et *Journ. de méd. de Montpellier*, févr. et mars 1845.)

COMPRESSION (*Anévrysme de la fémorale, blessure de la brachiale guéris par la*). Nous avons fait ressortir, dans le mois de janvier dernier, t. 28, p. 27, les avantages d'essayer d'exercer la compression avant toute opération, dans tout anévrysme ou blessure d'artère. Ce principe est sûrement le meilleur que l'on puisse suivre; car l'on peut ainsi espérer de sauver au malade les ebances, souvent fâcheuses, de la ligature. Nous pouvons aujourd'hui appuyer les faits que nous avons cités de deux observations on ne peut pas plus concluantes. Dans la première, que nous trouvons dans le *Dublin medical Press*, on verra un anévrysme déjà considérable de l'artère femorale guéri complétement par la compression. Dans le second cas, qui a été publié par la *Clinique de Montpellier*, l'on obtient par la compression la cicatrisation, sans anévrysme, d'une artère, brachiale qui avait été coupée en travers. Ces principes, du reste, commencent à être defendus. Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Hugnier ayant communiqué l'histoire d'une ligature qu'il avait faite à l'hôpital Saint-Antoine pour un anévrysme de la poplitée, M. Lenoir lui a reproché de n'avoir pas auparavant employé la compression, car aujourd'hui, a-t-il dit, on ne saurait se dispenser, dans tout anévrysme, d'essayer la compression, laquelle amène souvent la guérison seule, ou prépare la guérison par la ligature.—Venons aux deux faits que nous avons annoncés.

James Hayden est le nom de l'individu qui portait l'anévrysme de l'artère crurale. A son entrée à l'hôpital de Dublin, il présentait au niveau du canal du grand adducteur une tumeur douloureuse de deux pouces de diamètre, agitée par des pulsations qui cessaient par la compression de la crurale à l'aine. Le 22 juin 1844, petite saignée de 60 grammes, potion avec la teinture de digitale. Le lendemain, la tumeur était plus douloureuse et les battements semblaient y avoir augmenté. Nouvelle petite saignée; applications froides. Le 27, les progrès de l'anévrysme continuant, on appliqua sur la crurale à l'aine un instrument compressif à vis, et on le maintint en place le reste du jour et la nuit, le relâchant seulement un peu quand la pression devenait trop douloureuse à supporter. Bientôt le malade substitua à cet instrument un poids de 7 livres qui pesait sur l'aine à travers un coussinet et qu'il n'ôtait que pendant la nuit. Il garda cet appareil du 30 juin au 15 juillet. A cette époque, un nouvel instrument de pression à vis fut appliqué. On employa aussi, pendant deux jours, la glace et un bandage entourant la partie inférieure du membre et la tumeur. A l'intérieur, la digitale fut continuée, et on fit une troisième saignée. Le 9 août, on trouva que les pulsations de la tumeur, qui avaient jusque-là diminué progressivement, avaient complétement cessé. On aperçut alors pour la première fois un vaisseau assez volumineux et superficiellement placé, rampant sur le trajet de la fémorale, et qui s'était évidemment développé depuis l'oblitération du sac anévrysmal; car on ne l'avait pas vu auparavant. La tumeur devint de plus en plus petite et solide, et la guérison fut assurée.

L'observation suivante présente un cas d'incision transversale de l'artère brachiale, guérie par la seule flexion de l'avant-bras sur le bras et par une compression circulaire exercée depuis la base des doigts jusqu'à la moitié du bras. Pendant le combat de Mogador, le 15 août dernier, une caronade du vaisseau *le Triton* éclata et blessa une douzaine de matelots. L'un d'eux, Nicolini Pasquin, âgé de vingt-cinq ans, parmi d'autres blessures présentait la suivante : à la partie antérieure et inférieure du bras gauche, une plaie profonde, large de trois centimètres; l'artère brachiale était coupée en travers un peu avant sa division en radiale et cubitale; le sang jaillissait à grande distance. Après s'être assuré qu'il n'y avait ni fracture ni corps étranger dans le membre, le chirurgien-major du vaisseau, M. Fleury, aurait, pour remplir l'indication pressante, cherché les deux bouts de l'artère et les aurait liés, mais le nombre des blessés et l'obscurité de la cale firent qu'en attendant la fin du combat il se borna à comprimer l'artère par un garrot. La flexion de l'avant-bras sur lu bras suffit pour rapprocher les bords de la plaie sur laquelle on

avait placé un plumasseau enduit de cérat, puis de la charpie sèche. L'avant-bras fut fléchi le plus possible, et un bandage roulé compressif s'étendit depuis les doigts jusqu'à mi-bras. Le pansement fait, le sang ne coula plus. Le soir, à six heures, M. Fleury revint auprès de son malade, il lâcha le garrot, laissant le bras toujours fléchi ; un quart d'heure se passa sans hémorrhagie. Dans la nuit, le malade fut veillé ; l'état du bras n'offrit rien de particulier, ni dans les journées des 16 et 17 août. Le 18, on commença à sentir les pulsations de l'artère radiale. Le bras étant toujours maintenu dans la même position fléchi, on coupa avec de forts ciseaux tout le bandage en arrière, on enleva avec précaution tout ce qui n'avait contracté aucune adhérence au bras ou à l'avant-bras, et on remplaça les anciennes pièces d'appareil par de nouvelles peu serrées. Le 24, la charpie adhérente à la plaie, imbibée d'un pus de bonne nature, tombe seule et laisse voir une cicatrice presque entièrement fermée. Le 26, le membre est entièrement débarrassé de son pansement.

CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS (*Emploi de l'essence de térébenthine à l'extérieur dans les cas de.*) Quelque opinion que l'on ait sur la cause et la nature des convulsions chez les enfants, il est certain que dans un très-grand nombre de cas on s'est applaudi des révulsifs employés avec une certaine mesure. Un médecin anglais, M. Close, s'est très-bien trouvé, chez plusieurs enfants atteints de convulsions, de la révulsion opérée sur le rachis par l'application de l'essence de térébenthine. Après s'être rendu maître des symptômes les plus graves par la saignée de la jugulaire et par les bains, il emploie l'essence de térébenthine. Une bande de flanelle en est imbibée, et il l'applique sur toute la longueur de l'épine, depuis l'occiput jusqu'au sacrum. — Un enfant de huit ans, agité par de violentes convulsions, était étendu sur son lit, la tête fortement et convulsivement fléchie en arrière. Les mâchoires, les paupières, les muscles du bras droit et de la jambe droite étaient mus par de violentes convulsions ; les pupilles contractées et immobiles, les yeux horriblement déviés, les traits de la face bouleversés, la bouche pleine d'écume, le pouls à cent quarante pulsations. Tel était l'état du petit malade le 21 mars 1844, lorsque M. Close arriva. Une saignée de la jugulaire de quatre cents grammes fut immédiatement pratiquée, puis l'enfant fut plongé pendant vingt minutes dans un bain chaud, ce qui n'ôta aux convulsions rien de leur fréquence ni de leur gravité. C'est alors que la bande de flanelle imbibée d'essence de térébenthine fut appliquée sur le rachis. A peine cette application a-t-elle été faite que l'enfant pousse plusieurs soupirs ; sa respiration devient plus facile, il recouvre la connaissance. En moins de cinq minutes cet enfant est revenu complétement à son état normal. M. Close rapporte plusieurs observations semblables. Dans plusieurs de ces cas où la térébenthine avait eu le même succès sur les convulsions, il a combattu avec avantage, par quelques sangsues derrière les oreilles et par l'administration du calomélas, l'irritation cérébrale et la tendance à l'épanchement qui persistaient après la cessation des convulsions. (*The Medic. Times*, et *Gaz. méd.*, janvier 1845.)

FIÈVRES INTERMITTENTES (*Hydroferrocyanate de quinine dans les*). Bien que l'hydroferrocyanate de quinine n'existe pas, qu'il ne soit pas possible au pharmacien de préparer ce prétendu sel, comme l'a démontré M. Pelouze (voyez t. 24, p. 45), néanmoins, quelques praticiens instruits continuent à donner ce nom à ce qui n'est qu'un mélange sans combinaison de quinine pure et d'un peu de bleu de Prusse ou prussiate ferrugineux de potasse ; et qui plus est, à l'employer dans la pratique. De ce nombre sont MM. Bonnet et Pereyra, médecins distingués de Bordeaux. Ces honorables confrères s'étant bien trouvés de l'administration de l'hydroferrocyanate de quinine à l'époque où ce nom paraissait lui être légitimement dû, ont continué à l'employer depuis qu'il a été débaptisé par la chimie. Ils ont pensé que les résultats thérapeutiques n'étant pas toujours en harmonie avec les analyses chimiques, il importait peu que ce fût un véritable hydroferrocyanate de quinine, ou un composé de quinine pure et de prussiate ferrugineux de potasse qu'ils donnassent, pourvu qu'ils

obtinssent les effets curatifs qu'ils désiraient. Or, c'est ce qu'ils disent avoir obtenu. M. Bonnet a administré très-souvent avec succès cette substance dans les cas où le sulfate de quinine ne réussissait pas ou occasionnait des accidents, tels que des vertiges, des éblouissements, l'ivresse. Il a eu à traiter une dame affectée d'une fièvre intermittente avec caractères pernicieux; le mal avait résisté au sulfate de quinine en potion ou en lavements, il occasionnait des vertiges, des éblouissements. Trente centigrammes de ce qu'on ne devait plus appeler hydroferrocyanate de quinine ont été administrés. Ce médicament a été parfaitement toléré, et la fièvre a été enrayée. M. Pereyra, de son côté, a employé pendant plusieurs années, à l'hôpital de Bordeaux, la même substance, à la dose de 20 à 25 centigrammes, et, quelle que soit la composition du médicament, il a toujours eu à s'en louer dans les cas où le sulfate de quinine avait échoué. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, février 1845.)

HALLUCINATIONS (*De l'emploi de l'extrait de datura stramonium dans les*). Les succès annoncés en 1842 par M. Moreau, de Tours, médecin de Bicêtre (t. 23, p. 386), devaient naturellement fixer l'attention des médecins des hospices d'aliénés. En effet, plusieurs d'entre eux ont voulu bientôt vérifier si entre leurs mains, comme en celles de M. Moreau, le datura stramonium aurait la vertu de guérir les hallucinés. Les résultats n'ont pas, il s'en faut, répondu aux expériences de Bicêtre. M. Aubanel, à Marseille, n'a obtenu aucune guérison (t. 23, p. 471). Voici un honorable confrère belge, M. Stockman, de Gand, qui, de son côté, produit une observation récente de succès chez une marchande de volaille aliénée, âgée de quarante-huit ans, qui présentait des hallucinations de l'ouïe qui avaient résisté à tous les autres moyens. Mais comment ce médecin a-t-il donné l'extrait de stramonium? Est-ce, comme M. Moreau, à la dose de 15, 20, 25, 40 ou 50 centigrammes par jour? Non, c'est à la dose énorme de un gramme 50 centigrammes en six pilules, à prendre trois le soir et trois le matin. Et le croira-t-on, lorsque M. Moreau a eu chez ses malades du narcotisme et des phénomènes d'intoxication aux doses de 35 et de 40 centigrammes, la malade de Gand n'a eu, à cette proportion du remède, que des symptômes de moindre intensité. Cela tient-il à la différence de l'extrait dans les deux pays? à ce que, comme on le dit, d'après les pharmacopées françaises, l'extrait de stramonium ne contient pas de fécule, et que, d'après les pharmaciens belges, cet extrait, outre la fécule, renferme un quart de poudre de la plante?—Cette différence, dans des médicaments portant le même nom, est un mal immense pour l'appréciation des résultats thérapeutiques.— Quoi qu'il en soit de cette explication, les collègues de M. Stockman, M. Guislain entre autres, médecin en chef de l'hospice d'aliénés de Gand, blâment la quantité élevée du médicament employé. Quoique ce médecin en ait déjà fait usage chez un grand nombre de malades, et qu'il sache la grande différence que l'on rencontre chez les aliénés quant au degré de tolérance de ce remède, il déclare qu'il n'aurait pas osé l'administrer ainsi. Du reste, M. Guislain qui, depuis trois ans, s'est livré à son hôpital à des essais nombreux touchant le stramonium, et qui compte l'avoir donné jusqu'ici dans plus de quarante cas différents d'hallucination du sens auditif et du sens visuel, atteste n'avoir pas obtenu de succès décisif; il ajoute n'avoir jamais cru pouvoir administrer le remède à dose très-élevée, car il lui a semblé que, chez les personnes avancées en âge, il prédispose aux congestions cérébrales. (*Annales de la Société de méd. de Gand*, janvier 1845.)

HÉMORRHAGIE *très-grave de l'urètre survenant dans le cours d'une blennorrhagie.* M. de Castelnau fait connaître un cas extrêmement rare dans la science, et qui échappe à toute explication. — Un homme de vingt-neuf ans, d'une forte constitution, nullement sujet aux hémorrhagies, et n'ayant éprouvé aucun accident qui puisse expliquer le phénomène dont il va être question, contracte, pour la première fois, dit-il, qu'il exerce le coït, une blennorrhagie pour laquelle il ne fit d'autre traitement que de prendre un peu de tisane. Au bout d'un mois, l'écoulement avait presque cessé, et le malade se croyait à peu près complétement guéri, lorsqu'il fut pris, en se promenant, d'un

écoulement de sang par l'urètre, qui dura sans interruption pendant trois heures; cet écoulement ne fut d'ailleurs accompagné d'aucune circonstance remarquable, ni précédé d'aucune cause que l'on ait pu apprécier: aucune douleur, aucune sensation désagréable même, ne fut perçue dans le canal; aucun changement dans les travaux, aucun écart de régime n'eut lieu; l'écoulement se faisait d'une manière continue, sans effort de la part du malade, sans mélange d'urine; l'urine qui fut rendue après l'écoulement de sang n'était pas elle-même teinte de sang. L'hémorrhagie affaiblit assez le malade pour le forcer à regagner promptement son logis et à se mettre au lit; elle se répéta, moins abondante, chacun des jours suivants à des heures variées, et affaiblit le malade au point qu'il ne put plus se tenir sur ses jambes. Il se fit transporter à l'hôpital du Midi, et, pendant le voyage, l'écoulement de sang reparut. Dans ces différentes hémorrhagies, le sang ne s'écoula plus par jet continu, mais par gouttes plus ou moins fréquentes, quelquefois par des caillots cylindriques plus ou moins mous; l'urine continua toujours à être exempte de sang. Aucun traitement ne fut fait en ville.

A l'hôpital, le malade présente l'état où se trouvent les individus épuisés par d'abondantes hémorrhagies. On prescrit quelques frictions sèches sur les extrémités, et des compresses froides constamment renouvelées autour de la verge et sur l'hypogastre. Pas d'hémorrhagie le jour suivant, mais le lendemain elle reparaît, ainsi que le surlendemain. Ce fut la dernière fois. Peu à peu le malade reprit ses forces, son appétit et de l'embonpoint. L'écoulement blennorrhagique reparut, mais peu intense, sept à huit jours après, et fut combattu avec succès par le cubèbe.

M. de Castelnau pense que cette hémorrhagie ne fut que le résultat d'une modification de l'action morbide, d'un changement dans la manière d'agir de la cause qui déterminait l'écoulement blanc. Il se fonde, pour soutenir cette opinion, sur la suppression de cet écoulement pendant toute la durée des accidents hémorrhagiques, suppression qui n'eût pas dû avoir lieu, si l'hémorrhagie n'eût été qu'un accident ajouté à l'urétrite. (*Annales des maladies de la peau* et *Encyclographie médicale*, février 1845).

LUNETTES (*Quelques préceptes pratiques touchant l'usage des*) *dans la myopie et la presbytie*. Nous avons sous les yeux un long et excellent travail de M. le docteur Debout, dont les éléments ont été pris à la clinique ophthalmologique de M. le professeur Sichel. Il s'agit des lunettes et des états pathologiques consécutifs à leur usage irrationnel. Nous allons nous efforcer d'en présenter la substance à nos lecteurs en nous attachant particulièrement à ce qui a trait à l'usage des lunettes.— Tout le monde sait que la portée de la vue est différente selon les individus. Les extrêmes seuls ont reçu une dénomination: la *presbytie*, ou vue longue, et la *myopie*, ou vue courte. Il y a un nombre considérable de degrés intermédiaires de portée de vue entre la myopie et la presbytie; le point de vision distincte varie indéfiniment chez les différents individus; cela tient à la nature des occupations et aux habitudes. Ceux qui ont le plus varié les distances en examinant les objets, conservent la plus grande étendue de pouvoir de vision; comme le myope, ils lisent à une distance très-rapprochée, et aussi ils voient très-loin comme le presbyte. La vue de l'homme, dans l'état de nature, a généralement une portée assez étendue; la puissance de ce sens est très-grande chez la plupart des peuplades sauvages; chez les personnes qui habitent la campagne et se livrent aux travaux de l'agriculture, la myopie est généralement rare. Lorsque, au contraire, par goût, par état, ou par nécessité, la vue est assidûment et de bonne heure exercée sur des objets petits et rapprochés, comme cela a presque toujours lieu dans notre état de civilisation, la vue, forcée de s'accommoder à ces distances, se raccourcit de bonne heure, elle finit par perdre sa faculté d'accommodation pour des objets distants, et l'on devient myope.

Ainsi, il est de la plus haute importance de conserver à la vue sa faculté d'accommodation aux différentes distances; car la perte de cette faculté produit la myopie ou la presbytie. Outre cette cause de ces affections, il en est d'autres plus prochaines tenant à des modifications matérielles de l'organe; ainsi pour

la myopie, une trop grande convexité ou une trop grande épaisseur de la cornée, une trop grande convexité du cristallin, une densité anormale d'un ou de tous les milieux transparents de l'œil, etc. Pour la presbytie, au contraire, l'aplatissement de la cornée par suite d'une diminution dans la quantité de l'humeur aqueuse, de l'humeur vitrée, la diminution de densité de l'un des milieux réfringents de l'œil, une diminution de convexité du cristallin constituent des causes directes de presbytie.—C'est principalement contre ces deux états, la presbytie et la myopie, que l'on emploie les lunettes.—Chez les premiers, les presbytes, ce sont les verres *convexes* ou bombés, ayant pour but de concentrer les rayons lumineux sur la cornée et de contrebalancer la diminution des propriétés réfringentes des humeurs de l'œil. Chez les myopes, au contraire, ce sont les verres *concaves* ou creux qu'on emploie afin de diminuer la force réfringente des milieux transparents de l'œil et contrebalancer la trop grande convexité, soit de la cornée, soit du cristallin, etc.

De même qu'il y a de nombreux degrés dans la vue ordinaire, de même il y a des degrés divers dans la presbytie et la myopie; de là la nécessité d'avoir des verres plus ou moins convexes, plus on moins concaves, suivant qu'on est plus ou moins presbyte ou myope. L'on indique par des numéros les degrés de la force réfringente des verres. Le numéro est juste la mesure prise par pouce du rayon de la sphère dont le verre à lunette n'est qu'un segment; ainsi, quand on parle d'un verre concave ou convexe n° 30, l'on indique que ce verre, dans ses deux surfaces, est comme s'il faisait partie d'une sphère ou d'un globe ayant trente pouces de son axe à sa circonférence. L'on comprend en effet que les verres concaves et convexes doivent porter le même numéro, car, dans une sphère de verre supposée creuse et d'égale épaisseur, si l'extérieur est convexe ou bombé, l'intérieur est concave ou en creux. Il est facile de saisir aussi que, plus un verre est convexe ou concave, plus la sphère à laquelle il appartient est petite; ainsi, le n° 4 des verres des presbytes ou des myopes, qui sont pour les degrés les plus avancés de ces affections, indiquent que ces verres sont d'une sphère ayant quatre pouces de rayon, au lieu que le n° 60, qui est un numéro beaucoup plus faible, indique une sphère de soixante pouces de rayon. La convexité et la concavité de ces derniers verres seront infiniment moindres que celles des premiers. Au moyen de ces détails, que nos lecteurs nous sauront gré de consigner ici, car ils sont généralement oubliés ou peu connus, il leur sera aisé de comprendre l'accommodation des lunettes à chaque degré de presbytie ou de myopie.

Le presbyte voit très-nettement et sans fatigue les objets distants; mais il voit beaucoup moins bien les objets petits ou rapprochés; il lui faut des verres convexes ou grossissants. La presbytie se développe et augmente avec l'âge. C'est d'ordinaire vers quarante ans que le besoin de l'usage des lunettes se fait sentir. Dès l'instant que les objets sur lesquels on travaille, les caractères d'impression ou d'écriture semblent plus sombres, indistincts et commencent à se confondre entre eux, il ne faut pas hésiter à se servir de lunettes dont on usera d'abord seulement à la lumière artificielle. Il est impossible de fixer d'une manière générale le numéro des lunettes par lequel on doit débuter; c'est un préjugé de croire qu'à tel âge doit toujours correspondre une convexité invariable de lunettes. En général, les opticiens commencent par des numéros trop puissants. Il y a dix ans, ils prenaient le plus souvent pour point de départ le n° 48, et les malades étaient bientôt forcés de descendre aux n°s 36 et 24; il en résultait qu'on voyait beaucoup de personnes de cinquante à soixante ans se servir de verres entre les n°s 12 et 8, et se plaindre que leur vue déclinât de jour en jour; en effet, elles arrivaient à l'amblyopie par presbytie. M. Sichel a pris pour point de départ le n° 72; souvent cependant, chez les personnes au-dessous de quarante ans, les n°s 80 et 96 suffisent parfaitement pendant longtemps. — Les verres doivent seulement soutenir la vue et l'empêcher de se fatiguer; tout verre qui grossit les objets est déjà trop fort. On doit choisir ceux qui, sans grossir, rendent l'objet plus distinct ou le rétablissent dans toute sa netteté, si déjà il a commencé à la perdre. La gradation des lunettes doit être très-insensible.

En règle générale, on doit se servir de chaque numéro le plus grand nombre d'années possible, et ne jamais descendre de plus de six pouces à la fois. La succession des numéros est 96, 80, 72, 66, 60, 54, 48. Du nº 48 on descend d'ordinaire au nº 36. M. Sichel n'a pas cru utile de faire confectionner des verres du nº 42, parce que rarement il a vu des personnes qui, après avoir débuté par les nºs 96, 80 ou 72, aient eu besoin d'un numéro plus fort que le nº 48; d'autre part jamais il n'a vu celles qui avaient commencé par le nº 48 y pouvoir faire succéder un numéro plus faible que le 36. Quoique M. Sichel n'indique pas de verres plus bas dans cet article, il n'en est pas moins exact qu'il y a des presbytes qui descendent jusqu'aux verres nº 12 en suivant les nºs 30, 24, 20; puis 18, 16, 15, 14 et 13; il en est même qui descendent de pouce en pouce et arrivent à des verres biconvexes de la force nº 5, c'est-à-dire qui sont le segment, comme on s'en souvient, d'une sphère qui n'a que cinq pouces de rayon de son axe à sa circonférence; il en est même qui prennent des numéros plus forts. C'est là précisément ce que blâme M. Sichel, les sujets dans ces cas arrivent à l'amblyopie par presbytie. Un presbyte bien dirigé, qui commence par des numéros faibles et qui a soin de bien surveiller l'accommodation des lunettes à ses yeux, est rarement obligé de descendre au-dessous du nº 24.

Nous ajouterons seulement un mot sur l'échelle des verres bi-concaves pour les myopes. M. Sichel n'est pas encore arrivé à la myopie dans l'article présent. Le nº 60 est celui par lequel commencent les personnes qui prennent des lunettes pour la première fois, puis on passe successivement aux nºs 30, 20, 18, 16 (myopie faible); puis aux verres nºs 15, 14, 13, 12, 11, 10 (myopie plus prononcée); enfin aux nºs 9, 8, 7, 6, 5, 4 et demi, 4 (myopie forte). Les numéros au-dessous diminuent ensuite par quart de pouce; mais ils ne sont plus que pour des vues exceptionnelles assez rares.

Une chose qu'il faut noter en terminant, c'est que, lorsqu'on a choisi des lunettes, soit convexes, soit concaves, il faut les essayer pour chaque œil individuellement, parce que très-souvent le foyer des deux yeux diffère assez notablement pour exiger des verres d'un pouvoir différent. (*Annales d'oculistique*, janvier et février 1845.)

LUXATION *incomplète des os de l'avant-bras en arrière.* Parmi les diverses luxations des os de l'avant-bras, celle qui a soulevé le plus de controverses est, sans aucun doute, la luxation incomplète de l'avant-bras en arrière. Admise par J.-L. Petit (*Traité des maladies des os*, t. 1, p. 223), elle fut regardée comme impossible par Boyer; Sanson et Astley Cooper partagèrent l'opinion du chirurgien de la Charité, qui fut aussi celle de presque tous les pathologistes. Plus tard, à l'exemple de J.-L. Petit, MM. Malgaigne et Sédillot soutinrent la possibilité de cette luxation, et le premier de ces observateurs en décrivit même les symptômes : le bec coracoïdien de l'apophyse coronoïde du cubitus repose sur la partie inférieure et un peu postérieure de la poulie humérale, et alors l'avant-bras, étant à peine au tiers de la flexion, la saillie de l'olécrâne est à peu près d'un pouce et demi en arrière de l'épitrochlée, mais sur un plan horizontal sensiblement inférieur. Tels sont les caractères essentiels à l'aide desquels M. Malgaigne fondait le diagnostic différentiel de la luxation incomplète d'avec celle qui a lieu complétement, et dans laquelle l'olécrâne, par suite de son déplacement en haut, se trouve placé sur un plan très-sensiblement supérieur à l'épitrochlée dont il s'éloigne beaucoup. Ces données, sans doute, pouvaient être exactes, mais comme elles ne reposaient que sur un aperçu théorique, on pouvait à la rigueur en contester la valeur réelle; il leur manquait la démonstration anatomique. Or, nous la trouvous aujourd'hui dans un mémoire fort intéressant, publié par M. Gély dans le Journal de médecine de la Loire-Inférieure. La pièce présentée par ce médecin à la Société de médecine de Nantes provenait du cadavre d'une fille de vingt-huit ans, morte phthisique, et estropiée depuis l'âge de sept ans à la suite d'une chute qu'elle fit à cette époque. L'avant-bras, fléchi à peu près à angle droit, jouissait de mouvements très-limités dans son articulation avec le bras. Les parties molles péri-articulaires étaient singulièrement épaissies, surtout à la partie antérieure de l'articulation, où

le muscle brachial antérieur, qui avait subi un commencement de transformation fibreuse, recouvrait une saillie osseuse considérable, qu'il fut facile de reconnaître pour la partie inférieure de l'humérus : les débris du ligament antérieur, confondus avec l'aponévrose profonde du même muscle, formaient une capsule fibreuse épaisse, qui recouvre l'extrémité de l'humérus et spécialement la trochlée ; les ligaments latéraux ont été déchirés dans leur moitié postérieure par la cause luxante; les faisceaux antérieurs de ces mêmes ligaments sont demeurés intacts, et, malgré cette intégrité, les os de l'avant-bras ont subi un déplacement en arrière de l'extrémité de l'humérus. Il en résulte que l'olécrâne, assez saillant, est situé à 18 millimètres des tubérosités externe et interne : dans l'état normal, il ne s'entr'ouvre qu'à 10 millimètres; l'apophyse coronoïde du cubitus repose dans une rainure profonde creusée sur la partie postérieure de la poulie humérale. La tête du radius répond, par son rebord antérieur, à la partie de l'humérus placée au-dessus du condyle; elle remonte un peu plus haut que la partie correspondante du cubitus, de telle sorte que les deux os de l'avant-bras ne sont plus sur un plan horizontal. — Ce fait anatomique, qui ne permet plus de révoquer en doute l'existence possible de la luxation incomplète des os de l'avant-bras en arrière, apprendra au praticien à se tenir en garde contre une erreur de diagnostic qui, dans le cas dont il s'agit, a entraîné presque totalement la perte d'une articulation, à laquelle il eût été facile de rendre l'intégrité de ses fonctions, si la lésion qu'elle avait subie n'eût pas été méconnue. Nous ferons observer, en terminant, que la symptomatologie théoriquement indiquée par M. Malgaigne se trouve ainsi vérifiée par l'observation directe dont la science est redevable à M. Gély. (*Journ. de la Soc. de méd. de la Loire-Inférieure*, 20e vol., 97e liv., 1844.)

MENSTRUATION (*Quelques notes statistiques touchant la*). Dans le tableau de la pratique obstétricale à l'hôpital du collége de l'Université de Londres, fait par M. Murphy, nous trouvons quelques renseignements, que nous devons consigner ici, sur l'époque de la première menstruation, et sur la période ordinaire du retour des règles. — Sur 552 femmes qui ont été interrogées à cet égard, 3 avaient commencé à être réglées à 9 ans, 15 à 11, 37 à 12, 57 à 13, 107 à 14, 119 à 15, 110 à 16, 57 à 17, 34 à 18, 9 à 19, 6 à 20, 3 à 21 et enfin 2 à 22 ans. — Sur 591 femmes, l'intervalle entre le retour des époques menstruelles s'est trouvé être chez 2 de 14 jours, chez 77 de 21, chez 9 de 24, chez 2 de 25, chez 1 de 27, chez 496 de 28, chez 1 de 30, chez 2 de 35, chez 1 de 42.— Ainsi les deux groupes de cas les plus nombreux coïncident avec l'intervalle de 28 jours et de 21 jours. Ces résultats concordent avec l'opinion de Dugès, confirmée par M. Pétrequin. (*Gazette médicale*, février 1845.)

MÉTRORRHAGIE (*De la compression temporaire de l'aorte ventrale dans le cas de*) *grave, suite des couches*. La compression de l'aorte, dans les cas de métrorrhagie, n'a peut-être pas attiré l'attention des praticiens d'une manière suffisante. C'est ce que croit M. Seutin, qui vient de faire sur ce sujet une communication intéressante à l'Académie de médecine belge. Pour lui, ce moyen, méthodiquement employé, constitue le procédé le plus sûr, le plus prompt et le plus facile pour suspendre immédiatement l'hémorrhagie utérine la plus grave. Nous croyons utile de reproduire ici le procédé de M. Seutin, qu'il a décrit en ces termes :

« Afin de relâcher le plus possible les parois abdominales, tout en évitant l'hypérémie mécanique de l'utérus, l'accouchée est placée sur un plan horizontal, la tête et les épaules légèrement soulevées par un oreiller, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Le chirurgien, placé à droite de la femme, se sert de la main gauche pour la compression; la droite, laissée libre, est destinée ou à aider à l'action compressive, ou à exercer les manœuvres obstétricales que l'hémorrhagie peut réclamer, telles que titillation de matrice, extraction de placenta, de caillots, etc.

Légèrement fléchis, les trois doigts médians de la main destinée à la compression présentent leur pulpe de champ, sur le même plan. Par des ondulations douces et successives, propres à refouler les circonvolutions intestinales, ils plongent der-

rière et à gauche du globe utérin, à peu près vers le niveau de l'ombilic; en déprimant profondément les parois abdominales relâchées.

Dès lors, les pulsations aortiques sont reconnues, le plan digital est apposé au cylindre du vaisseau, dans le sens longitudinal, mais avec une obliquité telle, de haut en bas et de dedans en dehors, que les trois doigts n'en obturent complétement la lumière que par leur apposition simultanée. L'axe de l'artère est ainsi fixé sur le plan latéral gauche du corps des vertèbres. On évite la compression de la veine cave, en ne reportant pas trop à droite le plan digital.

La main droite, si elle est restée libre, et mieux, celle d'un aide placé en face de l'accoucheur, ajoute à l'effort compressif, en appuyant contre le plan digital la face dorsale des secondes phalanges des trois doigts médians repliés dans la paume de la main; de cette façon, la main du chirurgien ne se fatigue guère, et la compression est maintenue bien régulière et bien fixe.

Le pouce de la main gauche et celui de l'aide peuvent servir à exciter au même moment le globe utérin et à le comprimer, s'il est fortement développé et s'il ne revient pas sur lui-même.

L'artère reste sous cette double action compressive pendant quelques secondes, ou même pendant quelques minutes. Quarante à cinquante secondes suffisent ordinairement pour modérer le flux sanguin, souvent même pour l'arrêter. On insiste plus longtemps lorsque le danger est pressant, qu'une grande quantité de sang s'est échappée, ou que la femme est jetée dans la défaillance, l'anémie, etc.

Bientôt la main de l'aide s'allége, le doigt supérieur du plan comprimant est soulevé de manière à ne laisser qu'une petite rigole sanguine; puis, les deux autres doigts se relâchent successivement ou s'appliquent plus méthodiquement sur le vaisseau, selon que l'hémorrhagie diminue ou reparaît. On ne fait trêve à ces alternatives, plus ou moins répétées, que lorsque tout danger a disparu, ou que les moyens ordinaires, qui auront pu être employés, commenceront à manifester leur action. Somme toute, ces alternatives de compression et de relâchement sont ainsi continuées d'ordinaire pendant dix à vingt minutes.

Pour bien s'assurer si l'hémorrhagie est suspendue, il est bon de faire placer sous le siége de la femme un linge sec, que l'on replie au-devant des parties génitales.

En s'imposant toutes ces précautions, on prévient l'hypérémie mécanique des viscères sus-jacents au vaisseau comprimé, hypérémie qui serait inséparable d'une compression permanente et prolongée sur une artère d'un aussi large calibre, le sang des extrémités inférieures refluant irrésistiblement vers le haut du tronc. On a ainsi conjuré l'orage, soustrait la mère à un danger pressant, et permis aux moyens propres à prévenir le retour de l'hémorrhagie, de produire leur effet, rien ne s'opposant, du reste, à leur administration. M. Seutin assure aussi que dans bien des cas on aura pu se dispenser de recourir aux moyens adjuvants et éviter les dangers des lotions, des injections, des fomentations froides, des styptiques, etc.; l'accoucheur, de son côté, n'aura pas été pris complétement au dépourvu.

M. Seutin rapporte ensuite l'opinion de M. le docteur Vial, de Saint-Etienne, qui considère la compression de l'aorte comme indispensable pour prévenir le retour d'une syncope mortelle, presque toujours inséparable d'une perte trop abondante: cette compression doit être maintenue d'une manière permanente, faite immédiatement et continuée après la délivrance, jusqu'à ce que les accidents aient entièrement disparu et que les forces soient suffisamment revenues, non-seulement dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, mais encore pour empêcher le sang d'arriver dans la moitié inférieure du corps, et pour le retenir dans sa moitié supérieure.

En terminant son travail, M. Seutin adjure les praticiens et les sages-femmes de faire bien méthodiquement usage de ce mode puissant et simple d'hémostasie, afin de soustraire à une mort imminente les accouchées frappées de métrorrhagie foudroyante.

Le travail de M. Seutin a été renvoyé à l'examen d'une commission, qui suscitera probablement une discussion où nous pourrons peut-être puiser quelques considérations intéressantes. (*Archives de la médecine belge*, janvier 1845.)

MICROPHTHALMIE (*Considérations sur la*). Microphthalmie veut dire œil petit, rétrécissement des yeux. Les observations de ce genre sont assez rares dans la science, et celles qui existent ont été principalement recueillies par les ophthalmologistes allemands. M. le docteur Stœben, de Strasbourg, vient d'en publier de nouveaux exemples qui ont cela de singulier et d'inconnu jusqu'ici, c'est de paraître liés à une cause héréditaire. La microphthalmie est évidemment un arrêt de développement; ce qui le prouve, c'est non-seulement l'exiguité de l'organe relativement aux autres parties, mais aussi la disposition des différentes tuniques qui le composent. Un résumé des observations de M. Stœben suffira pour faire comprendre la nature anatomique de cette difformité.

Une femme de 38 ans, accompagnée de son fils, âgé de 7 ans, affectés tous deux de microphthalmie, se présenta chez M. Stœben. Cette femme était issue de parents bien conformés, mais son père avait perdu un œil par accident; personne dans sa famille n'avait eu de vice de conformation ni aux yeux, ni ailleurs; elle était née avec un œil beaucoup plus petit que l'autre, et elle avait mis au monde deux garçons, l'aîné qui l'accompagnait, atteint de microphthalmie aux deux yeux, et le cadet, âgé de 4 ans, qui portait le même vice de conformation à l'œil droit seulement. Voici quel était l'état des yeux chez ces deux malades :

La femme : paupières moins saillantes; fente palpébrale un peu moins longue et beaucoup moins ouverte à gauche qu'à droite; globe oculaire beaucoup plus petit que celui du côté opposé, disposition qui dépend surtout du manque de développement de la cornée et de l'iris gauche, ainsi que de l'absence de la chambre antérieure de cet œil; cornée ronde, mais aplatie, n'ayant que 4 millimètres de diamètre; iris incomplet; son tiers inférieur manque; ce *coloboma* est situé directement en bas; la pupille qui en résulte et qui commence par conséquent au bord inférieur de la cornée, n'atteint pas le point correspondant au centre de la cornée; l'iris ne paraît pas contractile; pupille nette, humeurs normales; diminution considérable de la vue qui s'est fait sentir surtout depuis quelques années.

Même état chez l'enfant, si ce n'est que l'affection existe sur les deux yeux et que les cornées aplaties n'ont point de limite bien fixe à la partie inférieure; elles passent peu à peu à l'état de sclérotique, en devenant d'abord opalines, puis opaques. La vue paraît assez bonne.

On comprend que l'art est ici complétement impuissant pour remédier à un pareil état de choses; aussi n'est-ce que comme observations rares et intéressantes au point de vue physiologique que nous les indiquons ici. N'est-il pas remarquable, en effet, que la vision, troublée pour le plus léger accident dans l'état ordinaire, s'exerce presque normalement avec une difformité semblable? (*Journal de médecine de Lyon*, février 1845.)

OBLITÉRATION *du vagin (De l') comme traitement de certaines fistules vésico-vaginales.* Nous avons publié dans la dernière livraison de ce recueil une observation de M. le professeur Auguste Bérard, dans laquelle ce praticien avait employé la méthode de M. Vidal (de Cassis) pour remédier à une énorme fistule vésico-vaginale. Ce fait, communiqué à l'Académie de médecine, y a soulevé une discussion intéressante qui n'a pas duré moins de deux séances. Comme en toutes choses de notre art, cette opération a rencontré des antagonistes et des partisans, ceux-ci, cependant, en moins grand nombre que les autres. Historien fidèle, mais seulement historien, nous allons résumer les objections des premiers et les réponses des seconds. En effet, nous ne croyons pas, pour notre compte, que la question puisse être résolue soit positivement, soit négativement dans l'état actuel des faits.

Une première et principale objection présentée par MM. Moreau et Paul Dubois est celle-ci : l'oblitération du vagin, dans les circonstances où l'on veut la produire, est impossible. M. Blandin, un peu moins absolu, a dit presque impossible, et M. Roux, moins exclusif encore, l'a qualifiée de très-difficile. Du reste, ces messieurs sont d'accord sur la cause de cette impossibilité ou de cette difficulté. L'urine, s'échappant sans cesse par la fistule, venant incessamment baigner les parois du vagin mises en contact, s'opposera à leur adhésion complète. On con-

naît toutes les difficultés que cette circonstance oppose à la réunion des plaies dans certaines opérations de taille, les fistules urinaires, etc. Dans les deux cas où cette opération a été pratiquée jusqu'ici, l'oblitération d'ailleurs est restée incomplète; ainsi donc, sous ce rapport, les faits connus ne sont pas en faveur de l'opération.

MM. Bérard et Velpeau, défenseurs de l'infibulation, répondent que l'oblitération du vagin est en effet difficile à obtenir, mais impossible, ils n'en peuvent convenir. Des faits nombreux dans la science attestent cette possibilité. Ils en ont invoqué plusieurs où cette oblitération s'est faite accidentellement malgré la présence de l'urine. Dans la première opération, celle de M. Vidal, l'adhésion paraissait complète, une maladresse d'élève la détruisit; dans la seconde, M. Bérard s'est peut-être trop hâté d'enlever le fil de la suture. Mais, admettant que cette impossibilité soit réelle, ne pourrait-on pas, a dit M. Bérard, y obvier par une dérivation artificielle et temporaire, par la ponction rectale? Mais cette impossibilité n'est pas prouvée, et M. Bérard ne la croit pas plus réelle pour le vagin, que M. Roux n'a cru impossible la suture et la réunion du voile du palais.

Les antagonistes de l'opération l'ont accusée d'être prochainement dangereuse; M. P. Dubois l'a regardée comme la cause de la mort de la malade de M. Bérard.

M. Bérard s'en défend vivement; pendant vingt-cinq jours la malade n'a pas éprouvé le plus léger accident; elle se levait, elle marchait; alors elle s'est refroidie, elle a contracté une péritonite partielle et une double pleurésie. Peut-on accuser l'opération de ces accidents? Ce n'est pas légitime. La péritonite était tout à fait circonscrite et sous-diaphragmatique, ce qui éloigne toute idée de corrélation avec l'opération. Dans le cas de M. Vidal, la femme n'a pas éprouvé le moindre trouble, et dans trois cas, cités par M. Lenoir, il n'y a pas eu d'accidents. La mort de cette malade ne peut donc être imputée à l'opération, elle serait arrivée à la suite de toute autre.

Le chapitre des accidents consécutifs a fourni de nombreuses objections. Que deviendra le sang des règles, a dit M. Moreau? Ne connaissez-vous pas tous les dangers qui sont la conséquence du flux menstruel?

Cette objection tombe pour les femmes âgées, a dit M. Bérard. Un grand nombre d'autres ne voient plus leurs règles depuis leurs fistules; enfin, pour celles qui sont encore réglées, il arrivera ce qui est arrivé à la femme opérée par M. Vidal, les règles, mêlées à l'urine, s'échappèrent parfaitement par l'urètre.

Mais, a dit M. Blandin, certainement des calculs vont se former dans cette poche urineuse. On sait que dans les cas de fistule, une sonde ne peut être portée dans la perte de substance sans que bientôt elle ne se recouvre de concrétions calcaires.

Cette objection a paru très-réelle et très-sérieuse à M. Bérard, qui n'a pas cherché à la combattre : peut-être, a-t-il dit, qu'en rétablissant la fonction, on changera la disposition lithoplastique de l'urine.

On a ajouté : le col de l'utérus, l'utérus lui-même, incessamment baignés par l'urine, vont s'enflammer; l'urine pourra pénétrer dans la matrice, de là dans les trompes, et par là dans le péritoine; de là des accidents formidables.

Tout cela est absolument possible, a répondu M. Bérard, mais enfin rien de cela n'est arrivé; et le contraire aussi est possible, probable même, si on en juge par les faits connus.

Enfin, MM. Moreau et Roux ont beaucoup insisté sur la privation du sexe et des attributs de la femme causée par cette opération. Ils ont connu des femmes qui ont pu être fécondées et accouchées malgré leurs fistules.

Ce doit être une grande exception, a répondu M. Bérard, et qui n'est relative peut-être qu'à des cas très-simples de fistules urinaires. Les femmes qui ne veulent ou ne peuvent avoir des rapports sexuels feront volontiers le sacrifice de leur sexe.

Tout bien examiné, bien pesé, M. Bérard a demandé à ses contradicteurs ce qu'il fallait faire dans ces cas de larges fistules, de ces énormes pertes de substance où tous les moyens de l'art sont évidemment inutiles, et dans lesquels les accidents les plus pénibles et les plus dégoûtants rendent la vie à charge aux malheureuses femmes. Car c'est à ces cas seulement que M. Vidal, comme M. Bérard, veulent qu'on ap-

plique la méthode de l'infibulation. Pour eux, cette méthode seule offre quelques chances de succès, et ils n'hésiteront pas à l'employer. (*Gaz. des hôpitaux*, février 1845.)

OPÉRATION CÉSARIENNE *rendue nécessaire dans un cas de délivrance impossible malgré la bonne conformation du bassin.* Nous avons rapporté dans la dernière livraison un cas d'opération césarienne pratiquée par M. Lebleu de Dunkerque, sur une femme rachitique ; voici un nouveau cas de cette opération qui se distingue de celui-là non par le procédé opératoire qui a été le même, mais par les circonstances qui ont obligé d'y recourir. Dans cette observation, communiquée par le docteur Pitro Aubinan à la Société de médecine de Nantes, il s'agit d'une femme de trente-six ans bien constituée, chez laquelle le bassin était bien conformé, et qui déjà avait eu deux autres accouchements naturels : ces données auraient dû ce semble exclure toute idée qu'une opération césarienne pût dans aucun cas être indiquée. Nos confrères en ont jugé autrement, et pour que leur conduite puisse être appréciée, nous allons reproduire les circonstances en présence desquelles ils se sont décidés à tenter l'hystérotomie. La sage-femme chargée de l'accouchement de la femme Girard, ayant reconnu une présentation par les pieds, saisit ce qu'elle croyait être l'un d'eux et exerça des tractions qui l'amenèrent dans le vagin : s'apercevant alors que le prétendu pied était une main, elle essaya de refouler celle-ci dans l'utérus et de faire la version : celle-ci est tentée sans succès pendant plusieurs heures ; les eaux de l'amnios achèvent de s'écouler et la main franchit la vulve ; à ses mouvements on reconnaît que l'enfant est vivant ; le docteur Bourdin mandé alors en toute hâte essaye vainement de pratiquer la version ; les tentatives sont renouvelées à de certains intervalles pendant 24 heures. Quand le docteur Aubinan vit la femme, elle était en travail depuis 72 heures. Les forces étaient exténuées, le pouls petit, la peau froide, les contractions ultérieures étaient très-éloignées et très-faibles : les membres étaient le siége de mouvements comme tétaniques. La main du fœtus, située hors de la vulve, était noirâtre, froide, très-tuméfiée, ni l'oreille ni le stéthoscope ne faisaient percevoir le plus léger indice que l'enfant fût vivant : la matrice était revenue sur elle-même ; elle était dure, et paraissait collée à la ligne blanche qui était très-amincie. M. Aubinan fit encore deux nouvelles tentatives de version, mais la face interne de l'utérus était tellement moulée sur le fœtus qu'elle semblait faire corps avec lui, et c'est avec les difficultés les plus grandes qu'il arriva jusqu'aux fesses et aux cuisses, sans pouvoir saisir un des pieds. Dans un tel état de choses nos deux confrères résolurent de pratiquer l'hystérotomie, sans attendre, comme le voulait Lamotte, que la femme eût rendu le dernier soupir. L'opération, pratiquée suivant le procédé que nous avons vu mettre en usage par M. Lebleu, (voyez page 150 de la précédente livraison), n'offrit rien de remarquable. L'enfant fut extrait ainsi que l'arrière-faix, il avait cessé de vivre depuis 12 heures environ. Nous ne suivrons pas jour par jour les progrès de la cicatrisation, seulement nous dirons que le quarantième jour après l'opération elle était complète. Au vingtième jour il survint une *phlegmasia alba dolens* dont on triompha heureusement ; et depuis, la femme Girard se livre avec autant d'aisance qu'auparavant aux travaux de la campagne. (*Journ. de la Soc. de Méd. de Nantes*, vingtième vol. 97e livraison.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Sur les causes de la*) *chez les jeunes soldats.* L'administration de la guerre, frappée des terribles ravages que la phthisie pulmonaire fait dans l'armée, a proposé comme question de concours de rechercher les causes du fréquent développement de cette maladie chez les soldats, et les moyens de la prévenir ou de la traiter plus efficacement. C'est sur l'annonce de ce programme que M. le docteur Castonnet, d'Angers, a cru devoir faire connaître ses réflexions au public relativement à ce grave et important sujet.

L'auteur établit d'abord par l'expérience générale des médecins militaires, aussi bien que par les résultats des relevés statistiques, que la phthisie pulmonaire est plus fréquente dans l'armée que dans la population civile. Et cependant cette maladie confirmée ou même soupçonnée est un motif rigoureux de réforme et d'exemption. Sous ce rap-

port donc, l'armée, composée d'une population d'élite, d'hommes présentant toutes les apparences de la santé, devrait se trouver dans de meilleures conditions qu'une population d'ouvriers, par exemple, prise pêle-mêle. Il n'en est rien néanmoins ; la phthisie, c'est incontestable, est plus fréquente dans l'armée que dans toute autre classe de la société.

Quelles sont les causes de cette fréquence? M. Castonnet les trouve dans la réunion et l'influence des conditions nouvelles dans lesquelles le jeune soldat se trouve placé. Ces conditions, il les résume de la manière suivante : « Le service militaire ; en enlevant brusquement l'homme à son pays, à sa famille, à ses habitudes de travail et de régime, pour le soumettre à une existence où tout est nouveau, aura toujours pour inévitable conséquence de produire une grande perturbation des fonctions organiques, et de créer des prédispositions aux maladies. Je n'ai pas besoin de rappeler tout ce qui s'est dit avec vérité sur les inconvénients du changement de climat, du séjour dans les garnisons malsaines; sur la vie d'un grand nombre d'hommes agglomérés dans les casernes, évidemment moins saine que la vie ordinaire; sur les fatigues causées, surtout au début de la carrière, pendant ce qu'on appelle l'acclimatement du jeune soldat, par les exercices et autres manœuvres souvent trop prolongées, exécutées en plein air pendant des chaleurs excessives ou un froid rigoureux. »

M. Castonnet passe successivement en revue toutes les modifications que subit le jeune soldat par le changement de vie sous les drapeaux et qu'il croit suffisantes pour provoquer l'explosion de la phthisie. Ainsi, dit-il, « les veilles trop rapprochées (il paraît qu'à Paris, pour le dire en passant, les militaires de la garnison ne passent qu'une nuit sur trois dans leur lit), le froid intense qui saisit le soldat, en passant du corps-de-garde, toujours beaucoup trop chauffé, à son tour de faction, sont des causes de maladie que tout le monde reconnaît, et dont nous autres médecins avons souvent l'expérience. Les pérégrinations qui ont lieu par suite du déplacement des garnisons, les marches longues et pénibles par la pluie, amènent toujours des maladies, etc. »

Quant aux moyens préventifs, M. Castonnet, convaincu que chez les soldats la phthisie débute presque toujours par une bronchite aiguë, sollicite l'usage pour l'armée des gilets de flanelle sur la peau. Il invoque l'expérience des matelots qui, comme on le sait, portent des chemises de laine chaudes et épaisses immédiatement sur la peau, et chez lesquels la phthisie fait infiniment moins de ravages. Il voudrait encore qu'au lieu de deux repas par jour que fait le soldat, le premier à 10 h. du matin, le second à 5 h. du soir, il y en eût un troisième plus léger, mais pris immédiatement avant la première sortie du matin. Ce repas, outre d'autres avantages, aurait encore celui d'empêcher le soldat de boire la *goutte* à jeun, habitude si pernicieuse, comme on le sait.

M. Castonnet se plaint avec raison de la mauvaise qualité du pain de munition accordé à l'armée. De nombreuses récriminations se sont déjà élevées à cet égard, et, dans la garnison de Paris notamment, des modifications avantageuses ont été apportées à la manutention du pain.

Ce travail de M. Castonnet serait digne de fixer l'attention de l'administration sanitaire de l'armée. Mais, par une étrange mesure, elle ne reçoit des conseils et des travaux que des officiers de santé militaires, ce qui peut la priver souvent de recherches intéressantes et utiles. (*Abeille médicale*, février 1845.)

RÉTENTION D'URINE (*De l'emploi de la sonde à jet pour dilater le canal de l'urètre dans les cas de*). Il n'est pas de maladie qui réclame plus impérieusement et plus promptement les secours de l'art que les rétentions d'urine. Le plus prompt, le plus certain de tous les moyens, c'est le cathétérisme. Mais il arrive souvent que, malgré l'habileté du chirurgien, la sonde ait de grandes difficultés pour vaincre les obstacles qui se trouvent dans le canal de l'urètre. M. le professeur Montain, de Lyon, se souvenant peut-être des bons effets que M. Serre d'Alais a obtenus des courants continus d'eau tiède dans les rétrécissements de l'urètre (Voy. *Bul. de thérap.*, t. 8, p. 17), ayant présent aussi à l'esprit que son collègue M. Bonnet avait eu recours avec avantage à un jet d'eau à travers une sonde ouverte à son extrémité vésicale pour désobstruer

le canal de l'urètre de fragments de pierre qu'il retenait à la suite de la lithotritie, M. Montain, disons-nous, a eu la pensée de se servir du jet hydraulique pour pénétrer facilement et sans danger dans la vessie, à travers les rétrécissements du canal, dans les cas de rétention d'urine. M. Montain s'applaudit beaucoup de ce procédé dont l'exécution est simple, sûre et facile. Voici l'analyse de quelques-unes des observations qu'il rapporte. Il est appelé à minuit à Champonost, auprès de M. N*** qui, depuis trois jours, avait une rétention complète d'urine, il ne put pas plus pénétrer dans la vessie que ne l'avait pu son médecin ordinaire dans ses diverses tentatives. Il eut alors recours au procédé qu'il appelle hydraulique. Après avoir fait une injection d'huile dans le canal, il introduisit une sonde ouverte à son extrémité vésicale et il poussa vivement une colonne de liquide. La sonde avança assez profondément sans faire souffrir le malade et tout à coup il s'échappa une assez grande quantité de fluide purulent. On pensa que la sonde avait pénétré dans un foyer qui était la cause de la rétention d'urine; la sonde fut un peu retirée; on eut recours à un nouveau jet d'eau, et la sonde, qui d'abord avait été arrêtée, pénétra dans la vessie d'où l'on retira une grande quantité d'urine. — Un malade, âgé de soixante ans, n'avait pas uriné depuis trois jours; il était dans l'état le plus grave. M. Montain tente en vain le cathétérisme, il ne peut pas plus que le médecin ordinaire vaincre l'obstacle. Après une injection d'huile d'olive, il a recours à la sonde perforée à son extrémité et au jet hydraulique; après trois ou quatre manœuvres et en quelques secondes, la sonde arrive dans la vessie et il en sort une grande quantité d'urine brunâtre et fétide. Le malade fut de suite soulagé. M. Montain cite encore deux autres observations analogues, mais il pourrait, dit-il, en produire un plus grand nombre. Il affirme qu'il a réussi dans tous les cas de rétention d'urine qu'il a eus à traiter en employant ce procédé. (*Journ. de médec. de Lyon*, février 1845.)

SEIGLE ERGOTÉ (*De l'influence du*) *sur le fœtus*. On a beaucoup exagéré les inconvénients de l'administration du seigle ergoté. Heureusement des faits innombrables qui ont été produits, ont réduit à leur juste valeur les dangers de toute sorte attribués à l'emploi de ce remède. Sans doute, il ne faut pas qu'il soit donné hors de propos; l'ergot substitue aux contractions intermittentes de l'état normal des contractions utérines pour ainsi dire permanentes; elles seraient fatales à l'enfant, si la dilatation du col utérin n'était pas suffisante, quand le médicament a été administré pour que l'accouchement soit terminé en peu de temps. Aucun accoucheur ne s'écarte aujourd'hui de cette règle. Voici un médecin anglais, M. Edw. Beatty, qui signale un nouvel inconvénient du seigle ergoté. Il pense que ce remède, en passant dans le sang du fœtus, produit chez celui-ci un état particulier du système nerveux, qui se traduit par des convulsions ou par un relâchement paralytique des muscles. Il cite deux observations pour établir les signes caractéristiques de cette altération. Chez deux femmes, les enfants furent expulsés à la suite du seigle ergoté, morts en apparence : la peau avait l'aspect bleuâtre, les muscles étaient rigides et contractés. On laissa saigner le cordon ombilical, on les mit dans un bain chaud et l'on employa l'insufflation pulmonaire. Au bout d'une demi-heure, ils commencèrent à respirer; mais la contraction tonique fut alors remplacée par des convulsions générales. Ces alternatives de contracture et de relâchement successifs durèrent trois jours; il s'y joignit du strabisme. Enfin ces désordres, par l'usage des sangsues aux tempes, des vésicatoires sur la tête et le long du rachis, finirent par disparaître. — Nous avons dû signaler cette opinion et ces faits; mais nous n'y ajoutons qu'une médiocre importance. (*Journ. des Conn. méd.*, fév. 1845.)

SEIGLE ERGOTÉ (*Un mot sur l'action du*) *sur la vessie*. La paresse de la vessie est, chez les personnes âgées, la source d'accidents sérieux ; à plus forte raison est-il important de la combattre lorsque les fibres musculenses de cette poche tendent à une sorte de paralysie. Nous avons signalé, il y a déjà quelques années, les bons effets du seigle ergoté dans ces cas (t. 18, p. 88). Tout récemment, dans une Société médicale de Paris, des faits ont été

produits par plusieurs bons praticiens pour attester l'efficacité de ce remède. Voici M. le docteur Ritter, de Rottembourg (Wurtemberg), qui vient recommander, lui aussi, cette médication. Entre ses mains, le seigle ergoté s'est montré utile dans tous les cas de diminution d'action de la vessie. Il lui a réussi dans un cas de paralysie de la vessie et du rectum par commotion de la colonne vertébrale. La rétention d'urine a cessé par le seigle ergoté. Une ischurie, qui avait résisté pendant sept jours à une foule de moyens, a cédé immédiatement à une potion formée d'une infusion de 4 grammes de seigle ergoté dans 120 grammes d'eau, avec addition de 4 grammes de teinture de seigle ergoté et du sirop. Quatre individus, âgés de huit à seize ans, affectés d'incontinence d'urine nocturne, ont pris, matin et soir, d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café de teinture de seigle ergoté. L'un a été guéri; deux ont éprouvé de l'amélioration, en ce qu'au lieu de mouiller leur lit toutes les nuits, ils ne l'ont plus fait qu'une ou deux fois par semaine. L'état du quatrième ne s'est amélioré que lorsqu'on a ajouté de la teinture de cantharides au seigle ergoté. (*Medicinische Annalen* et *Gaz. méd.*, janvier 1845.)

SUSPENSION (*Trachéotomie pratiquée pour les cas de*). Le supplice de la corde était autrefois en usage en France comme il l'est encore aujourd'hui en Angleterre; et les chroniques rapportent que certains pendus ont pu, après avoir figuré une heure au gibet, être rappelés à la vie par certaines manœuvres, par certaines opérations. Nous avons toujours douté de ces miracles. Voici une observation qui nous dispensera de longs raisonnements à cet égard, elle est toute récente et fort authentique, elle est rapportée par M. Jallagnier, chirurgien en chef interne à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. Le nommé Valette, tambour au 38e de ligne, fut mis en prison à Montpellier pour un vol, le 9 novembre dernier. Il y avait dans cette prison une corde tendue à quelques pieds du sol. Valette fait un nœud coulant à son mouchoir qu'il passe autour de son cou, puis l'ayant attaché à cette corde, il s'élance de son lit et reste suspendu. Quelques minutes s'étalent à peine écoulées, un de ses amis entre dans la prison, coupe le nœud. Valette vivait encore. Une saignée de 300 grammes est faite aussitôt, des sinapismes sont mis aux pieds. Le malade ne reprit pas connaissance; insensibilité, respiration très-pénible, râle trachéal, pouls petit, lent, irrégulier, battements du cœur obscurs, intermittents. Cet état ne changeant pas au milieu de la journée, on pratiqua la trachéotomie. Rien n'indique la moindre douleur dans la physionomie du malade, seulement il agitait ses membres, mais la tête était immobile. Une forte expiration suivit l'ouverture de la trachée, et beaucoup de mucus bronchique fut rejeté au dehors; pendant quelques heures la respiration devint plus facile, mais aucune amélioration ne suivit, ni le 10, ni le 11 novembre, malgré des lavements purgatifs et trois applications de sangsues à l'épigastre, aux apophyses mastoïdes et aux tempes; le malade expira dans la soirée du 11. A l'autopsie on a trouvé les poumons crépitants, légèrement engoués, le droit surtout dans sa partie inférieure. Dans la tête, une injection très-forte du sinus de la dure-mère et des vaisseaux veineux du cerveau; à droite et en arrière exsudation sanguine de la largeur d'une pièce de cinq francs; légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne; chaque incision dans la substance cérébrale donne un pointillé très-abondant, cervelet fortement injecté; rien dans l'abdomen. La moelle n'a pas été examinée; il est vrai qu'il n'y avait eu aucun signe de paralysie dans les membres. Ce malade est mort par asphyxie et congestion cérébrale. Quoique ce sujet ne soit resté pendu que quelques minutes, l'on voit s'il a été possible de rétablir la respiration et de détruire le défaut d'action cérébrale, suite de la compression. (*Journ. de la Soc. de Méd. prat. de Montpellier*, février 1845.)

TACHES DE LA CORNÉE (*Du traitement à employer pour la guérison des*). M. Guépin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, engage les praticiens de province à étudier les spécialités, et il donne l'exemple. Dans une brochure, qui est le résumé des nombreuses observations que sa pratique, fort étendue, lui a permis de recueillir, il cherche à éclairer plusieurs points de l'art ophthalmologique, dont il s'occupe avec succès. L'auteur, dans

deux chapitres que nous avons lus avec le plus grand intérêt, traite successivement du traitement abortif des ophthalmies aiguës par le nitrate d'argent, et des divers états pathologiques de l'iris. Un troisième paragraphe est consacré aux taches de la cornée, maladie très-commune qui, souvent, fait le désespoir du praticien et qui mérite par conséquent de fixer tout spécialement son attention. Tout d'abord, M. Guépin se montre peu partisan de l'abrasion de la cornée, opération que M. Malgaigne a remise au jour dans ces derniers temps. L'aversion de l'auteur pour ce mode de traitement ne provient pas seulement de ce qu'en théorie il lui a paru offrir des dangers, elle se fonde sur la connaissance de faits qui sont loin de lui être favorables : M. Guépin a vu six marins opérés de cette manière à Bordeaux, et qui maintenant ont les yeux à facettes et voient les objets confus et multiples.

De nombreux essais ont été tentés par le chirurgien de Nantes, dans le but de déterminer, plus exactement qu'on ne l'avait encore fait, le degré d'efficacité des diverses substances conseillées en application à l'intérieur de l'œil ; or, il en résulte que le sous-carbonate de soude, ainsi que l'huile de foie de morue, introduits dans l'œil, y sont extrêmement douloureux. Le laudanum, que beaucoup de praticiens emploient encore aujourd'hui, serait on ne peut plus infidèle dans ses résultats. Le nitrate d'argent est le moyen héroïque chaque fois qu'il s'agit de guérir une kératite ; mais comme il peut laisser des traces indélébiles sur la cornée, M. Guépin préfère l'administrer en pommade. Les divers iodures de fer, de zinc, de soufre et de potassium peuvent être employés, surtout le dernier de ces médicaments, qui est bien supérieur aux autres ; seulement il détermine d'assez vives douleurs dans l'œil, soit en pommade, soit en poudre. Aussi doit-on y renoncer lorsqu'il y a conjonctivite, ou lorsque la cornée est ulcérée. Quant au sulfate de cuivre, c'est, au dire de M. Guépin, le plus puissant et le plus sûr moyen de combattre avec succès, et dans un laps de temps assez court, non-seulement les taches superficielles de la cornée, mais aussi celles qui sont profondes ; son effet est surtout prompt quand on lui associe le sulfate de morphine. Voici la formule donnée par l'auteur, elle constitue une poudre dans les proportions suivantes de chaque substance.

Prenez :

Sulfate de cuivre.	6 décigr.
Sulfate de morphine. . . .	2 décigr.
Sucre.	60 gramm.

Il donne aussi celle de l'iodure de potassium, auquel le praticien peut être obligé de recourir pendant les temps d'arrêt que présente la décroissance de l'albugo ou du leucoma, traités par la poudre au sulfate de cuivre.

Prenez :

Iodure de potassium. . . .	1 gramm.
Sucre.	60 gramm.

On introduit chaque jour une fois entre les paupières les poudres ci-dessus formulées. Un seul fait pris dans le mémoire en question fera mieux comprendre l'esprit et le but de ce traitement. A la fin de 1839, M. Guépin vit Mlle Constant, de Nantes, âgée de dix-huit ans ; cette jeune personne, affectée autrefois d'ophthalmie, voyait à peine à se conduire seule. La cornée était recouverte d'un nombre infini de petits albugos, ressemblant aux trous d'un passe-bouillon. M. Guépin conseilla dix à vingt lotions par jour avec trois gouttes du collyre suivant dans une cuillerée pleine d'eau :

Sulfate de cuivre.	1/2 gramm.
Sulfate de morphine. . . .	1 décigr.
Alun.	1 gramm.
Eau distillée	100 gramm.

Il employa en outre, une fois par jour, la poudre aux sulfates de cuivre et de morphine. Cette jeune fille ne porte plus, aujourd'hui, aucune trace de son affection. (*Etudes d'oculistiq.*, par A. Guépin, année 1844.)

ULCÈRES SCROFULEUX (*Emploi à l'extérieur de l'huile de foie de morue dans les*). Lorsque des ulcères scrofuleux succèdent à l'inflammation et à la suppuration des ganglions lymphatiques, au cou, à la nuque, aux régions axillaire et inguinale, un médecin allemand, M. Brefeld, ajoute à l'emploi intérieur de l'huile de foie de morue, son emploi local au moyen de la pommade suivante :

Prenez :

Huile de foie de morue,	15 gram.
Sous-acétate de plomb liquide,	8 gram.
Jaune d'œuf (ou bien axonge),	12 gram.

Mêlez et faites une pommade par-

faitement homogène. On enduit légèrement de cette pommade des plumasseaux de charpie, que l'on applique sur les ulcérations. Dans les cas d'ophthalmie scrofuleuse, surtout dans ceux de blépharite avec photophobie, M. Brefeld enduit les bords libres des paupières d'huile de foie de morue pure. Il emploie aussi les frictions d'huile de foie de morue dans l'atrophie mésentérique; si le ventre est douloureux, il fait auparavant chauffer l'huile. Si les douleurs sont intolérables, il se sert du liniment camphré, dans lequel il substitue l'huile de foie de morue à l'huile ordinaire. (*Journ. fuer Kinderkrautkhe*, et *Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, février 1845).

VÉSICATOIRES (*Précautions à prendre dans le jeune âge pour l'emploi des*). L'application des vésicatoires chez les très-jeunes enfants, ceux qui n'ont pas dépassé la quatrième année, réclame de grandes précautions pour éviter la strangurie, les ulcérations et les érysipèles qui peuvent survenir. M. J. Davis, médecin de l'hôpital de la Charité maternelle à Londres, conseille de prendre dans ces cas quelques précautions qui lui ont réussi. Entre l'emplâtre vésicatoire et la peau, il interpose un papier de soie préalablement huilé; puis il ne laisse le vésicatoire appliqué que trois ou quatre heures au plus. Après ce temps, la phlyctène n'est pas formée, il est vrai, mais elle se produit plus tard; ordinairement l'on trouve l'épiderme soulevé du second au troisième pansement. De plus, il ne panse pas la plaie avec de la graisse ou quelque autre pommade préparée à l'avance, mais bien avec une pommade récemment faite d'après la formule suivante : Blanc de baleine récent, 15 grammes; cire blanche, 75 grammes. Faites liquéfier à une douce chaleur dans un vase de terre; mêlez avec soin, et ajoutez : huile d'olives fine, 105 grammes, mêlez et F. S. L. une pommade parfaitement homogène. (*Journ. des Conn. méd.*, février 1845.)

VARIÉTÉS.

Mort de M. Ribes. — Le corps médical vient de perdre un de ses membres les plus distingués. M. Ribes, ancien médecin en chef de l'Hôtel royal des Invalides, officier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine, est mort le 21 février dernier, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Il avait fait toutes les campagnes de la République et de l'Empire. M. Ribes était non-seulement estimé et honoré pour son grand savoir et son incomparable modestie, mais il était aimé de tous à cause des nobles qualités de son cœur. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un nombreux concours de confrères.

Congrès scientifique. — Le congrès scientifique de France, arrivé à sa treizième session, se tiendra à Reims en 1845. La session s'ouvrira du 1er au 20 septembre prochain.

Faculté de Montpellier. — La chaire de M. Lallemand est décidément vacante à l'École de Montpellier. Déjà la Faculté a pris une délibération d'après laquelle M. Bouisson, professeur de pathologie externe, est proposé à l'unanimité à M. le ministre de l'instruction publique pour passer, par voie de mutation, à la chaire de clinique externe. Si ce vœu est accompli, c'est la chaire de pathologie externe et non celle de clinique chirurgicale qui sera mise au concours.

Statistique toxicologique. — Dans un relevé statistique que vient

de publier le docteur Beck, on trouve un total de 83 cas d'empoisonnements vérifiés, qui ont eu lieu à New-York pendant les années 1841, 1842 et 1843. Rapportés aux espèces relatives de poisons employés, ces cas se trouvent distribués de la manière suivante : arsenic, 13; opium, 8 ; laudanum, 39 ; parégorique, 1 ; morphine, 3 ; sublimé corrosif, 3 ; colchique, 1 ; acide sulfurique, 2 ; teinture de sanguinaria, 4; tartre stibié, 1; alcool, 1; gin, 1; alcool et laudanum, 1 ; eau-de-vie et laudanum, 1 ; strychnine, 1 ; acide prussique, 1; phosphore, 1 ; carbonate de potasse, 1. Total, 83. Sur ce total on ne trouve que deux seuls suicides. Il y a 28 cas d'empoisonnements par accident, erreur ou ignorance, et 5 de source inconnue. Il résulte de ce tableau que les poisons les plus souvent employés sont l'arsenic et l'opium sous diverses formes.

Séance annuelle de l'Académie des sciences. — Voici les prix et récompenses décernés par l'Académie des sciences, dans sa séance solennelle du 10 mars.

Prix relatif au mécanisme de la production de la voix humaine. — Le prix n'a pas été décerné. Une somme de 1,200 fr. a été accordée à titre d'encouragement à M. Dequevauviller, une somme de 1,000 fr. à M. John Bishop, à Londres, au même titre ; une somme de 800 fr. à M. Charlotti, également au même titre.

Prix relatif à la structure comparée des organes de la voix. — La somme de 3,000 fr. a été partagée, à titre de récompense, entre M. le docteur Mayer (de Bonn), qui a obtenu 2,000 fr. ; et M. John Bishop, à Londres, 1,000 fr.

Prix de physiologie expérimentale. — Ce prix a été accordé à M. Pouchet ; des mentions honorables ont été accordées à MM. Blondot et Dubois (d'Amiens).

Prix relatif à la vaccine. — L'Académie n'a pas décerné le prix. Elle a accordé une récompense de 5,000 fr. à M. Bousquet, et une récompense de 2,500 fr. à M. Fiard.

Prix de médecine et de chirurgie. — L'Académie a décidé qu'aucun ouvrage de médecine et de chirurgie ne lui paraissait mériter de prix. M. Piorry a obtenu une récompense de 1,500 fr. pour des recherches pratiques et expérimentales sur les maladies de la rate et les fièvres intermittentes ; MM. Trousseau et Belloc une récompense de pareille somme pour leur traité de la phthisie laryngée ; MM. Barthez et Rilliet, une récompense de 1,200 fr. pour leur traité des maladies des enfants ; M. Poiseuille, une récompense de 700 fr. pour des expériences sur l'influence que diverses substances exercent sur la vitesse du mouvement du sang ; M. Lacauchie, une récompense de 700 fr. pour ses travaux d'hydrotomie ; M. Casenave, une récompense de 500 fr. pour son Traité des syphilides ; M. Tardieu, une récompense de 500 fr. pour son travail sur la morve ; M. Denis, un encouragement de 500 fr. pour ses recherches sur le sang ; M. Reybard, un encouragement de 500 fr. pour ses recherches sur l'empyème ; M. Poumet, une indemnité de 500 fr. pour ses recherches sur les contrepoisons du sublimé corrosif.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'AVANTAGE DE L'EXPECTATION DANS CERTAINS CAS DE PLEURO-PNEUMONIE AIGUE.

Expectation et pleuro-pneumonie aiguë semblent exprimer deux situations tout à fait contradictoires. Quoi de plus incompatible en effet, à la première vue, que de se croiser les bras et de laisser aller, en présence d'une affection qui réveille généralement la pensée d'un danger urgent avec le besoin d'un prompt recours à des médications énergiques? Il est certain que si l'on se place, comme on le fait trop volontiers en ce moment, dans la fausse supposition que la pleuro-pneumonie n'est jamais rien autre chose qu'une congestion sanguine ne tendant à rien moins qu'à enrayer les fonctions du principal organe de la respiration, et que si l'on ne se figure d'autre part l'expectation que comme un état de pure inertie, ou, ce qui serait peut-être pire, d'indifférence absolue à l'égard des phénomènes d'une affection toujours grave, on sera pleinement autorisé, nous en convenons, à traiter de chimère ou d'erreur dangereuse l'admission de l'expectation dans des conjonctures telles que l'existence d'une pleuro-pneumonie aiguë. Mais les choses ne se passent pas à beaucoup près suivant les idées qu'on se fait communément et des caractères de l'expectation médicale et de la nature de ce genre de maladie. D'abord, nous sommes bien convaincu que les pleuro-pneumonies doivent être envisagées sous un point de vue plus large qu'on ne les considère en n'y voyant exclusivement que la lésion locale, et nous croyons d'ailleurs que l'expectation bien entendue, au lieu de résider dans un *far niente* véritable, est au contraire le résultat définitif d'un système mûrement réfléchi et consenti par la plus haute raison. Entrons dans quelques détails au sujet de ces deux questions, nous ferons mieux apprécier, après ces explications, la valeur des faits qui en établissent les liens. Commençons par quelques mots sur les pleuro-pneumonies.

Dans la pneumonie, de même que dans toutes les maladies, il y a constamment deux séries de faits distincts, bien qu'ils se combinent de plusieurs manières. L'une est relative à l'état de l'organe compromis directement, ici la plèvre et le poumon; l'autre se rapporte à l'espèce d'impression morbide qui pénètre l'ensemble de l'organisme. Les praticiens vulgaires ne savent jamais faire la part de chacune de ces séries; ils les négligent, et le plus grand nombre ne se doute même pas de leur

existence. Pour ceux-là, et c'est aujourd'hui la masse de nos confrères, la pratique médicale ne présente guère plus d'embarras que les soins curatifs réclamés par une plaie extérieure. Toute la difficulté gît seulement dans la grandeur du désordre local joint à l'importance relative de l'organe ou du tissu malade. Munis des moyens explorateurs que les progrès de l'art leur ont livrés, leur unique sollicitude consiste à démêler le point circonscrit où s'est attachée la congestion ou l'irritation, et, dès qu'ils se sont bien assurés de son siége, de la poursuivre par le même principe de médication qu'ils appliquent au traitement d'une contusion ou d'une irritation extérieure. Ces médecins, en un mot, s'efforcent de transformer la médecine en chirurgie, au lieu de s'appliquer, ce qui serait bien plus utile, à faire participer celle-ci aux avantages d'une large médecine. C'est, du reste, en réduisant ainsi arbitrairement le champ de la médecine qu'ils lui supposent une simplicité factice et qu'ils sont amenés d'erreurs en erreurs jusqu'à s'imaginer qu'elle doit se prêter aux artifices des méthodes dites positives.

Il s'en faut malheureusement que les pneumonies soient des maladies aussi simples. L'état local, savoir la lésion des poumons, n'est qu'un de leurs aspects et souvent un aspect secondaire. Autour et au-dessus de cette lésion bornée plane presque toujours une impression profonde qui en constitue la nature. S'il en était autrement, nous voulons dire si la lésion du poumon était à elle seule toute l'affection, qui ne voit qu'on ne devrait jamais lui opposer qu'un seul genre de médication, variable uniquement du plus au moins d'après l'étendue de l'altération locale ? Mais l'impression morbide, principe ou conséquence du désordre matériel, varie au contraire selon une foule de conditions essentielles ; ce qui force à admettre autant de sortes de pneumonie qu'il y a d'impressions diverses, ce qui revient à dire qu'on rencontrerait difficilement dans la pratique deux espèces de ces affections parfaitement identiques. Maintenant on peut juger de l'erreur des praticiens qui soumettent toutes les pneumonies sans distinction à un même système de traitement. Arrivons à l'idée qu'il faut se faire de l'expectation.

Il n'y a que deux circonstances où l'on doit se refuser à agir en thérapeutique ; d'abord lorsque la nature, c'est-à-dire l'ensemble des forces qui animent les malades, suffit à la guérison de la maladie ; ensuite, et c'est le cas le plus fâcheux, lorsqu'il nous est démontré que notre art est impuissant. Lorsque la nature se suffit à elle-même, il y a péril à chercher à se mettre en son lieu et place, par la raison bien simple qu'ignorant en général comment elle opère, nous courons risque de troubler ses opérations, et par exemple, dans les maladies graves, de pousser à la mort lorsqu'elle tendait à la guérison. Les maladies les plus

dangereuses offrent quelquefois cette nécessité de s'abstenir en présence d'un appareil de symptômes marchant évidemment vers la résolution de l'affection. Certaines pleuro-pneumonies jouissent de cet heureux privilége, et ce sont elles aussi qu'on doit traiter par l'expectation. Un exemple aidera à comprendre en quoi consiste alors l'expectation.

Mme B..., âgée de 83 ans, créole, lymphatique, nerveuse, sèche et délicate, d'ailleurs bien portante, fut prise le mois dernier d'une pleuro-pneumonie à la suite d'un rhume. Son affection débuta par un frisson violent de plusieurs heures dans l'après-midi, suivi immédiatement après d'une chalcur intense. La malade se coucha. Appelé auprès d'elle le lendemain de l'invasion, je lui trouvai la face rouge et presque livide, la langue tuméfiée ainsi que les lèvres et d'une couleur foncée, la tête embarrassée, avec une somnolence invincible. Elle était réveillée par les questions qui lui étaient adressées, mais elle retombait immédiatement après dans son état de somnolence. Il y avait en même temps de l'oppression, des râles divers dans la trachée-artère et dans les poumons, et quelques secousses d'une toux profonde et interrompue, sans que la malade parût en ressentir de la douleur ; la peau était chaude, le pouls inégal, irrégulier, fréquent, le décubitus sur le dos. Une douce moiteur couvrait néanmoins la surface cutanée. Hésitant à employer les émissions sanguines pour dégager la tête et la poitrine, dans la crainte que l'âge et la constitution de cette malade ne me fissent regretter trop tard l'usage de débilitants si directs, je prescrivis un bain de pieds sinapisé, et une légère boisson diaphorétique aiguisée de quelques gouttes de liqueur d'Hoffman. Mon but consistait à désemplir les parties supérieures, tout en soutenant les mouvements du centre à la périphérie, dont la moiteur de la peau m'indiquait la tendance. Mes prévisions ne furent point trompées. La malade, jusqu'alors silencieuse et dans un état de somnolence continuelle, reprit un peu de sa vivacité naturelle immédiatement après le bain de pieds sinapisé, tandis que la moiteur se changeait en une sueur copieuse qui dura toute la nuit. La même boisson fut continuée les jours suivants; en même temps la malade fut mise au bouillon pour nourriture. Une sueur moins abondante, mais toujours douce, ne cessa plus pendant plusieurs jours d'humecter la peau en maintenant le pouls souple. Au milieu de ces signes, la tête étant parfaitement dégagée, la malade ressentit une douleur costale dans toute l'étendue du côté droit, douleur sensible par la pression et exaspérée par la toux. La toux, dès lors assez fréquente et interrompue par la douleur pleurétique, amenait de temps en temps quelques larges crachats d'abord de sang pur, et bientôt après des matières muqueuses qui signalent l'expectoration des pneumonies en voie de guérison. La

fièvre se soutint concurremment avec ce phénomène, sans augmenter d'une manière alarmante. Enfin, dans la nuit du sixième au septième jour, quelques selles spontanées en consistance de purée achevèrent d'emporter le reste des symptômes. La douleur costale fut incessamment combattue par des cataplasmes émollients renouvelés très-fréquemment et appliqués très-chauds. La malade fut mise peu à peu à l'usage des potages et amenée insensiblement à son régime ordinaire. Sa convalescence, très-rapide, a été aidée par quelques doses de sulfate de quinine et par l'emploi de quelques prises de bon vin ; son rétablissement ne s'est pas démenti depuis.

Nous devons compte à nos lecteurs du motif qui nous a déterminé à la pratique suivie dans le cours de cette pleuro-pneumonie. A la première visite, les signes de congestion du côté de la tête et de la poitrine nous firent songer de prime abord à l'intervention des émissions sanguines, et certes nous n'aurions eu garde de les omettre si nous avions eu sous les yeux un sujet jeune et vigoureux, ou seulement un sujet d'une constitution moins délicate. Ici les contre-indications de cet ordre de moyens ressortaient d'un grand nombre de circonstances : l'âge de la malade, sa constitution débile, son tempérament nerveux et lymphatique, et plus que tout cela peut-être, l'apparition d'une moiteur générale et douce, voie de solution si commune au début de ce genre de maladie. La légère boisson de tilleul additionnée de quatre ou cinq gouttes de liqueur d'Hoffman par tasse et prise à des intervalles assez rapprochés, a réussi, conjointement avec le bain de pied sinapisé, à détourner tous les dangers de l'invasion, en provoquant une sueur soutenue suffisamment. Maintenant supposez que, préoccupé uniquement de la congestion de la tête et de la poitrine, nous eussions procédé, d'après les suggestions de cet état local, par des déplétions sanguines : aurions-nous obtenu la solution d'une semblable affection d'une manière aussi prompte et aussi solide ? Il est au moins permis d'en douter. Nous pensons plutôt que les déplétions sanguines auraient pu épuiser le reste de forces laissées à ce sujet, et que, en admettant un amendement immédiat par suite de leur intervention, elles auraient enrayé les tendances résolutives de la nature et prolongé bien au delà du septième jour, sans parler des périls d'une affection de cette espèce chez un malade aussi âgé et aussi faible, la durée de ses périodes.

A part notre première tentative pour écarter la congestion encéphalique, le reste de notre traitement s'est passé dans l'expectation ; non que nous ayons laissé la malade obéir à ses impulsions ou céder à ses fantaisies ; mais nous nous sommes dispensé de toute médication, attentif néanmoins à soutenir les forces par une sustentation assortie à

leur exigence. Nous n'avons rien perdu à nous en tenir ainsi à l'expectation, puisque la maladie a marché spontanément et sans embarras à une complète et rapide solution. Une crise manifeste en a marqué le terme au jour précis indiqué par les anciens ; et nous pensons qu'on serait témoin plus souvent d'efforts semblables si on ne se hâtait pas de juguler les maladies au risque de juguler les malades.

L'expectation est donc parfaitement de mise dans les pleuro-pneumonies même les plus graves : reste à savoir, et c'est par là que nous terminerons ces réflexions, à quel signe on doit reconnaître la convenance de ce genre de médication. L'état local n'offre pas à cet égard de très-grandes ressources. Toutes les pleuro-pneumonies se ressemblent sous ce rapport, sauf, comme nous l'avons dit, les différences du plus au moins. Il en est autrement de l'impression qui tient l'état local sous sa dépendance; cette impression, base essentielle de la maladie, offre au contraire une grande diversité de caractères. C'est précisément de cette diversité qu'il faut partir pour distinguer les cas où il peut être plus utile de livrer le malade à lui-même, de ceux où il est plus urgent d'agir. L'appréciation des forces et la manière dont elles se comportent suggèrent là-dessus la meilleure indication à suivre. En conséquence, vous laisserez aller les symptômes s'ils ne menacent d'aucun danger et, à plus forte raison, s'ils tendent à résoudre la maladie; au lieu que vous travaillerez à y couper court si vous reconnaissez que, loin d'aider à la solution désirée, ils y font obstacle. C'est ainsi que vous ne vous inquiétez pas d'un accès de goutte régulière, bien convaincu qu'il ajournera d'autant plus les nouveaux accès qu'il sera lui-même plus complet; tandis que vous vous hâtez d'enrayer le cours d'une fièvre pernicieuse dont vous prévoyez le prochain danger. Maintenant, comment juger de l'état des forces et de la direction qu'elles affectent? nous ne voulons pas nous engager dans un ordre de considérations qui nous rejetterait beaucoup au delà du but que nous nous sommes proposé. Il nous suffit de dire qu'à cet égard les principes n'apprennent pas grand'chose, s'ils apprennent même quelque chose, et qu'il n'y a que la pratique indépendante des préjugés qui la rendent stérile, d'où l'on puisse tirer des données utiles.

Fuster.

DU VERTIGE, ET DU TRAITEMENT QU'IL CONVIENT DE LUI OPPOSER.

Sans remonter bien haut dans l'histoire de la science, lorsque l'on compare les anciennes nosologies avec les nosologies modernes, ce qui frappe tout d'abord, c'est la multiplicité des espèces morbides dans les

unes, et la simplicité des divisions des autres. Une analyse plus profonde des symptômes par lesquels la maladie se révèle à l'observation, une appréciation plus juste de l'influence des lésions anatomiques sur le jeu régulier des diverses fonctions, une plus grande simplicité dans les moyens thérapeutiques employés, ont conduit successivement et ont autorisé jusqu'à un certain point les médecins modernes à réduire singulièrement l'étendue du cadre nosologique. Quand on jette les yeux sur la classification de Sauvage, de Pitcairn, de Helher, de J. Franck, de Hufeland même, il est impossible de méconnaître que là partout de simples symptômes sont plus d'une fois érigés en espèces morbides, et que l'intention scientifique ne va point au delà des phénomènes observés. C'est surtout l'anatomie pathologique, il faut le reconnaître hautement, qui a le plus contribué à ramener les médecins dans une meilleure direction à cet égard, et les a forcés à grouper les symptômes d'une manière plus rigoureuse dans les maladies. Avant qu'on eût saisi l'importance de cet élément dans la conception générale de la vie morbide, la nosologie, qui ne voulait point se perdre dans le chaos des théories sans base réelle, sans racines dans les faits, ne pouvait guère être plus qu'une simple énumération de symptômes groupés suivant des méthodes nécessairement fort incertaines. Cette incertitude de la méthode se reproduisait dans la plupart des classifications, qui variaient suivant le point de vue auquel chaque auteur s'était arbitrairement placé.

Cependant, les lumières que l'anatomie pathologique a jetées sur l'histoire de la vie morbide sont-elles telles, que désormais la classification des maladies soit aussi simple que les lésions que celle-ci constate sont facilement observables? C'est là, on le sait, la prétention des organicistes purs; mais nous croyons que cette prétention est loin d'être fondée. Pour nous, les lésions que découvre l'anatomie morbide sont, dans la plupart des cas, une face de la maladie, non la maladie elle-même. Non-seulement la maladie, et nous entendons par là la maladie médicale, celle qu'il faut guérir ou prévenir, celle pour laquelle il faut instituer une thérapeutique ou une prophylactique efficace, non-seulement, disons-nous, la maladie n'est point dans le caillot sanguin qui a déchiré la substance cérébrale, dans les ulcérations qui criblent l'intestin, dans le pus qui se produit simultanément dans un plus ou moins grand nombre de points de l'économie à la fois, mais elle n'est pas même, elle ne saurait être dans les altérations que la chimie ou le microscope, dans des mains habiles, ont appris à reconnaître dans la composition du sang. C'est là une symptomatologie plus reculée que l'anatomie pathologique proprement dite, comme celle-ci était une symptomatologie plus reculée que celle sur laquelle se fondaient exclusivement

les anciennes nosologies; ce n'est point la maladie. La maladie, c'est la vie; et elle ne peut être conçue d'une manière large et complète qu'à la condition d'être étudiée comme une activité.

C'est parce qu'il en est ainsi, que les anciens nosographes sont parfois encore aujourd'hui des guides plus sûrs que les observateurs modernes, quand il s'agit de réaliser la science par l'art. Souvent ils groupent mal les symptômes : ceux-ci se rattachent à un traumatisme interne qu'ils ignorent, et dans la médication qu'ils opposent à ces symptômes, ils tendent à se heurter à cette lésion, à l'exaspérer, à entraver le déploiement des forces curatives dont est doué l'organisme : cela est vrai dans un certain nombre de cas, on ne saurait le nier : mais en revanche, par cela seul qu'ils sont forcés de s'arrêter aux manifestations externes de la maladie, si nous pouvons ainsi dire, cette étude chez eux gagne souvent en étendue ce qu'elle perd quelquefois en profondeur.

Appliquons maintenant ces réflexions à l'accident pathologique dont nous voulons nous occuper dans ce chapitre, au vertige.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, qui pose en principe que tout trouble fonctionnel suppose une altération mécanique survenue dans la trame des tissus vivants, le vertige est constamment le symptôme d'une lésion de l'encéphale, et cette lésion, lorsque le vertige se présente isolément, est presque toujours l'effet d'une modification subie par la circulation intra-cérébrale. Or, lorsqu'on étudie les faits sans préoccupation théorique, est-ce réellement ainsi que les choses se passent? La pratique apprend vite à rectifier ce qu'il y a d'erroné dans cette conception. A supposer même que ce trouble singulier des fonctions cérébrales se liât, comme la plupart cherchent à l'établir, à une congestion sanguine, mobile, fugace de l'encéphale, il faudrait toujours admettre que dans ces cas la maladie se complique d'un élément étranger. Les congestions cérébrales sont un des accidents qui se rencontrent le plus fréquemment dans la pratique, soit comme maladie simple, soit comme prodrome de l'apoplexie, et dans l'immense majorité des cas on n'observe point alors le vertige proprement dit, le vertige rigoureusement caractérisé. En face de ces faits négatifs, la logique commande impérieusement d'aller au delà du trouble circulatoire, pour se rendre compte d'un phénomène qui se montre si souvent, indépendamment de cet accident, vital dans la cause, purement mécanique dans ses effets.

L'étude des lésions matérielles de l'organisme dans les maladies nous a trop distraits de l'étiologie, cette partie si importante de l'histoire des affections morbides. Il est temps enfin de revenir à cette étude si féconde, et dans les maladies chroniques, et dans les maladies aiguës. Mais pour que ce travail profite réellement à la science curative et prophylactique

des maladies, il ne faut point se borner à suivre l'action des influences extérieures sur l'organisme vivant; il faut se bien pénétrer d'une des lois les plus importantes de la vie, de cette étroite solidarité qui lie les organes les uns aux autres, et permet parfois à un trouble fonctionnel léger, ayant son siége dans tel ou tel organe, de retentir de la manière la plus grave sur un appareil avec lequel cet organe est spécialement en communauté de souffrance : ce sont là les causes vitales des maladies ; elles méritent de fixer au plus haut degré l'attention des observateurs.

Lorsqu'on étudie de ce point de vue l'accident dont il est ici question, on arrive nécessairement à reconnaître l'insuffisance de l'anatomie pathologique pour en tracer l'histoire et le classer rigoureusement dans les cadres de la nosologie. Sans aucun doute, il est des cas où le vertige se présente comme une des formes symptomatiques de la congestion cérébrale : c'est là un fait que l'expérience de tous les jours ne permet pas de révoquer en doute. C'est ainsi que nous avons donné dernièrement des soins à une femme arrivée à l'époque de la ménopause, et chez laquelle ce symptôme existait d'une manière fort inquiétante. Dans notre opinion, cet accident se liant à la suppression assez brusque d'une hémorrhagie fonctionnelle qui avait toujours été fort abondante, nous conseillâmes une application de sangsues, avec la condition de favoriser l'écoulement du sang au moyen d'un bain de siége. Le premier jour, la malade n'obtint de l'emploi de ce moyen qu'un soulagement douteux ; mais, comme il arrive parfois en pareille circonstance, l'application de sangsues décida la réapparition des règles, qui se montrèrent assez abondantes pour constituer une véritable hémorrhagie ; l'effet de cette perte fut décisif, le vertige disparut sans retour.

En général, lorsque le vertige se lie à un état pléthorique direct ou à la suppression d'une hémorrhagie habituelle, menstruation, épistaxis, hémorrhoïdes, un ensemble de phénomènes caractéristiques décèle le besoin physiologique de l'organisme ; la tête est lourde, le sommeil est profond, la face devient de loin en loin le siége de raptus sanguins plus ou moins intenses, les oreilles tintent, et lorsqu'à ces symptômes se joignent la plénitude et la langueur du pouls, des battements de cœur énergiques, la saignée générale est plus indiquée que la saignée capillaire, et met rapidement fin à l'accident qu'il s'agit de combattre. Toutefois, l'absence de ces phénomènes n'exclut point toujours cette médication ; l'exemple suivant, que nous empruntons à J. Frank, en est la preuve manifeste : « En 1811, dit cet illustre médecin, je vis une femme à Wilna qui, arrivée à son septième mois de grossesse, ne pouvait quitter son lit sans tomber dans un vertige caduc. Comme la malade était grêle et ne présentait aucune marque de pléthore, je prescri-

vis d'abord la liqueur anodine et l'esprit succiné de corne de cerf : mais ces remèdes ayant augmenté le mal, aussitôt j'eus recours à une saignée qui enleva sur-le-champ et parfaitement le vertige (1). » L'état de grossesse imprime à la vie une modalité que Burdach surtout a parfaitement bien fait ressortir : la vie plastique atteint son maximum d'intensité chez la femme qui a conçu, et dans toutes les maladies il faut tenir compte de cet élément nouveau, qui appelle l'emploi de la saignée, alors que dans d'autres conditions celle-ci ne serait indiquée que d'une manière douteuse. Mais cette indication pour les maladies locales, celles surtout qui ont leur siége dans l'encéphale, ne sort pas seulement de cette suractivité de la vie plastique, elle résulte encore de l'action toute mécanique que l'utérus, développé par le produit de la conception, exerce sur la circulation abdominale. En pratique, on ne doit jamais perdre de vue cette double considération : l'on peut souvent s'égarer en dehors de cette voie.

Mais s'il est incontestable que le vertige est quelquefois sous la dépendance d'un état pléthorique, d'un état congestif des centres nerveux, beaucoup plus nombreux sont les cas où ce phénomène se montre complétement indépendant de cette disposition morbide. En parlant des causes vitales des maladies, nous avons dit qu'un simple trouble fonctionnel de certains organes pouvait réagir sur l'encéphale, de façon à provoquer le vertige : c'est surtout l'estomac qui peut exercer sur le cerveau cette influence singulière. Sauvages, après Arétée, Rivière, Pitcairn, a surtout signalé cette forme de la maladie sous le nom de *vertigo stomachica*. Nous croyons que la condition vitale du ventricule gastrique sous l'influence de laquelle on voit le plus souvent se produire cet accident morbide, est celle qui résulte du besoin non satisfait de la faim. Nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois le vertige caduc chez des individus placés dans ces conditions. Les malades, en pareil cas, ont de la peine à se tenir debout : comme dans l'hallucination vertigineuse ordinaire, les objets ne paraissent point tourner, se renverser, ils sont fixes ; seulement le malade craint de tomber, il est obligé de s'appuyer s'il est forcé de se tenir debout, ou de s'asseoir. C'est surtout lorsqu'il incline la tête qu'il est surpris à chaque instant par la crainte de tomber ; la sensation qu'il éprouve alors ne saurait être mieux comparée qu'à celle que l'on éprouve dans le réveil en sursaut. S'il était vrai qu'il y eût dans le système nerveux, comme l'ont prétendu quelques physiologistes, une force équilibrante des mouvements, on pourrait dire que là où cette force réside, là est le siége ana-

(1) *Pathologie interne*, t. III, p. 102.

tomique de la maladie. Cette sensation d'ailleurs est parfois extrêmement rapide. C'est ainsi que Mlle Thérèse P..., qui est sujette depuis quelque temps à cet accident, lequel nous paraît être chez elle purement nerveux, nous disait un jour que cette sensation était chez elle une sorte d'éclair qui traversait le cerveau : dès que celle-ci est perçue par le sentiment interne, l'instinct de conservation la porte immédiatement à étendre les bras pour chercher un point d'appui et prévenir une chute, mais elle n'a pas fait ce mouvement, que la sensation insolite a disparu. Est-ce ce mouvement même qui rompt l'innervation anormale? Nous nous bornerons à poser cette question.

Le vertige n'est point d'ailleurs le seul phénomène qu'on voie se développer du côté des centres nerveux sous l'influence de la non-satisfaction du besoin de réparation. Nous connaissons une jeune religieuse, la sœur Vincent, qui a été forcée de renoncer au jeûne du carême, parce qu'au bout de quelque temps de l'usage de ce régime elle perdait presque complétement la vue. M. Barras, dans son ouvrage sur les gastralgies, a rapporté quelques faits qui se rapprochent de ceux que nous venons de citer, et qui accusent également l'étroite solidarité qui lie les centres nerveux avec le centre épigastrique. Comment se fait-il que la modification qui résulte, pour la sensibilité nerveuse, du besoin de la faim non satisfaite, exerce sur les centres nerveux une si singulière influence? Robert Whyt fait à cet égard une remarque trop sensée pour que nous ne la rapportions point ici. « La sympathie, dit ce médecin, dépend d'une sensation déterminée, et non pas d'une impression quelconque, comme cela devrait être, si la sympathie était le produit de quelque cause mécanique ou de quelque circonstance de structure. Ainsi un frottement rude de la plante des pieds n'est suivi d'aucun mouvement sympathique, tandis qu'un frottement léger de cette partie agite de convulsions la plupart des muscles du corps, convulsions assez violentes pour produire la mort lorsque l'impression d'irritation est appliquée d'une manière continue. » En même temps que nous trouvons là la raison de la différence d'impression que les centres nerveux reçoivent de l'action des organes dont l'innervation particulière est troublée, nous y trouvons la raison de la différence d'action que les nervins déploient dans les diverses névroses.

Les conditions physiologiques qui favorisent chez un certain nombre d'individus ce qu'on appelle vulgairement la migraine, et dont les mots en apparence plus rigoureux de céphalée, d'hémicrânie ne sont que la dénomination incomplète, favorisent également le développement du vertige sous les diverses formes qu'il peut revêtir. Nous avons eu occasion d'observer cet accident dans de semblables conditions chez une

femme dont l'histoire doit trouver sa place ici. La femme Lalyre, âgée de soixante-douze ans, est d'une constitution sèche et grêle ; son enfance s'est passée sans accidents qui méritent d'être notés. Bien qu'elle ait été tardivement réglée, ce qu'explique son séjour habituel à la campagne, elle ne paraît point avoir souffert lors de l'établissement de cette fonction. Cependant c'est surtout vers cette époque que se sont produits les accidents qu'il nous reste à signaler. A des époques irrégulières, c'est-à-dire sans rapport avec la menstruation, cette femme a commencé par éprouver des douleurs de tête violentes avec vomissements ; puis, peu à peu, à cet accident sont venus se joindre des vertiges qui, d'abord légers, sont devenus ensuite excessivement intenses. Quand ceux-ci arrivent à un certain degré, la malade est forcée de se mettre au lit : dans cette position, il lui semble que le lit sur lequel elle repose est renversé. Pendant quelque temps, cette sensation erronée se produit alors même que les yeux sont fermés; mais peu à peu celle-ci disparaît, tant que les yeux restent clos. Dans quelques cas, il ne suffit point de cette circonstance pour dissiper le vertige, il faut encore que le plus grand silence règne autour de la malade, il faut surtout qu'on ne touche point à son lit ; car le moindre mouvement imprimé à celui-ci suffit pour faire reparaître l'accident dans sa plus grande intensité. Ce vertige n'a point été chez la femme Lalyre un symptôme fugitif, il dure depuis plus de cinquante ans : aujourd'hui encore, bien qu'il soit et beaucoup moins intense et beaucoup moins fréquent qu'autrefois, il ne laisse pas cependant que de se reproduire de loin en loin.

Sauvages, J. Frank et d'autres auteurs considèrent le vertige comme une hallucination, ou, pour parler plus exactement, comme une illusion de la vue et du toucher ; nous ne saurions nous engager ici dans la discussion de cette idée théorique ; nous ne pouvons nous empêcher de remarquer cependant que le vertige, dans le cas intéressant que nous venons de rappeler, se comporte en effet comme certaines hallucinations. Tout le monde sait qu'il a suffi parfois de couvrir les yeux à certains hallucinés, pour faire disparaître temporairement, ou même d'une manière durable, certaines hallucinations de la vue. Esquirol, M. Brière de Boismont, ont rapporté des faits de ce genre ; nous-même en avons également rapporté dans ce journal. Quelque analogie qu'il y ait entre ces faits, il y aurait cependant toujours entre eux cette profonde différence que, dans l'hallucination réelle, le malade est dupe de sa propre erreur, tandis qu'ici le sentiment intime proteste contre une illusion dont il a la conscience. Quoi qu'il en soit à cet égard, nous remarquerons dans l'intérêt de la pratique que cette femme a constamment observé que la condition qui favorisait le plus chez elle le développement

du vertige, c'était la constipation. Ce n'est que lorsque par suite de cette remarque elle est parvenue, au moyen de lavements, d'un régime convenable et de quelques pilules purgatives, à faire cesser ou au moins à diminuer l'inertie du gros intestin, que le vertige a perdu de son intensité.

L'expérience enseigne en effet que l'état de constipation habituelle exerce une très-grande influence sur les fonctions du cerveau. Là est le point de départ fréquent d'une foule d'accidents légers qu'on ne fait disparaître que quand on est parvenu à rétablir les fonctions normales de l'intestin. L'estomac, nous l'avons vu précédemment, ne réagit point avec moins de force sur cet appareil pour produire des accidents analogues. Dans le traitement à instituer contre le vertige, il faut donc, et avant tout, s'enquérir de l'état de ces organes et combattre les dispositions morbides dont celui-ci peut être l'expression éloignée.

Là toutefois n'est pas toute la thérapeutique de l'affection vertigineuse ; celle-ci est quelquefois essentielle et veut être combattue par les antispasmodiques. Quels sont, parmi les agents nombreux qui composent cette classe de médicaments, ceux qui paraissent les plus propres à combattre la disposition inconnue des centres nerveux, dont le vertige est la manifestation symptomatique? c'est là une question que nous n'avons pas la prétention d'élucider. Pour nous, nous sommes convaincu que, dans l'état actuel de la science, on ne parvient qu'à force de tâtonnements à trouver les moyens qui sont les plus propres à combattre une affection nerveuse donnée. L'empirisme est ici la principale méthode logique de l'art. Hufeland a cru devoir conclure de son expérience personnelle que le gayac mêlé à la crème de tartre agit comme une sorte de spécifique contre cet accident (1). Nous n'avons point expérimenté ce moyen, mais nous avons eu plusieurs fois recours à la valériane dans le vertige simple, et il nous a semblé que cet agent jouissait ici d'une action toute spéciale. Nous avons encore dans ce moment sous les yeux une malade chez laquelle ce médicament a obtenu un succès rapide, après une saignée fort abondante qui n'avait produit aucun effet. Les faits dans lesquels nous avons vu la valériane agir d'une manière efficace, nous ont paru assez décisifs pour appeler l'attention des observateurs sur cette question. Dans les maladies nerveuses surtout, les expériences ne sauraient être trop accumulées : c'est à coups de faits, comme

(1) Enchirid., p. 288. Voici la formule du médecin de Berlin : Racine de gayac, 2 grammes; crème de tartre, 4 grammes; sucre blanc, 2 grammes. Faites une poudre : la moitié le matin et l'autre le soir, à continuer pendant quelques jours.

nous le disait un jour d'une façon piquante M. le professeur Andral, que les problèmes de la thérapeutique doivent être résolus. S.

CALCUL BILIAIRE TRÈS-VOLUMINEUX ÉVACUÉ PAR LES SELLES. SYMPTÔMES GRAVES PENDANT L'ÉTABLISSEMENT DE LA FISTULE PAR LAQUELLE, SELON TOUTE APPARENCE, IL SERA PASSÉ DE LA VÉSICULE DANS LE DUODÉNUM. — UN MOT SUR LE TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS DES VOIES BILIAIRES.

Le 18 août 1829, le général Bard, habitant Toulon, d'un tempérament bilioso-sanguin, se sent, dans la nuit, tout à coup pris de violentes coliques et d'un fort accès de fièvre. Son pouls est nerveux, onduleux, un peu dur; sa soif est intense; nausées, hoquets, éructations, vomissements bilieux, légère constipation, urines jaunes, sécheresse de la peau, douleur aiguë sous les fausses côtes droites, s'étendant vers l'épaule, au cou, derrière la tête; respiration douloureuse, inspiration plus difficile que l'expiration, toux sèche, décubitus sur le dos très-pénible, douleur gravative dans l'hypocondre droit par la pression; on y sent un point tuméfié, arrondi, un peu dur.

A tous ces symptômes, on ne pouvait méconnaître une affection du foie. M. le docteur Cosseret, appelé près du malade, crut devoir déclarer une hépatite aiguë et faire un traitement en conséquence. Le malade fut mis à l'usage des boissons chicoracées, du petit-lait nitré. On lui appliqua des sangsues à l'anus, à l'hypocondre. Des saignées furent pratiquées au bras. Ces moyens furent employés alternativement. On fit des applications émollientes, on administra de grands bains, des lavements. La diète fut sévère.

Après quelques jours de traitement, le point saillant, dur, arrondi, que l'on sentait facilement, parut avoir changé de position et s'être porté plus en avant où il était plus sensible. Le lendemain il sembla moins saillant et situé plus en bas et plus en arrière. Il conserva cette position deux ou trois jours, devenant peu à peu presque inappréciable.

Les symptômes maladifs diminuaient au fur et à mesure que cette tumeur semblait disparaître. M. Cosseret crut un moment que la terminaison avait lieu par suppuration, et cependant les selles n'en donnaient aucun indice. Il soupçonna un calcul, et, dans cette idée, il fit surveiller les selles. Le malade se remettait assez bien, lorsque le 2 septembre il sentit une pesanteur au fondement, avec envie d'aller à la garde-robe. Quel ne fut pas son étonnement lorsqu'il entendit tomber au fond

du vase, avec bruit, un corps dur, sec et sans matières. Il envoya chercher le docteur Cosseret et le lui présenta bien lavé (1).

— M. le docteur Miquel, à qui M. Cosseret a envoyé ce corps, qui est bien évidemment un calcul biliaire, a bien voulu me prier de l'examiner et de joindre à cette curieuse et rare observation quelques réflexions.

Ce calcul a une forme ovoïde ; sa couleur est d'un gris terreux ; sa surface est recouverte de petites granulations. Sa longueur est de quatre centimètres et demi, et son diamètre de deux centimètres et demi ; son poids de douze grammes et demi, mais il doit en avoir perdu beaucoup depuis près de seize ans qu'il a été rendu. Plongé dans l'eau, il la surnage. Pour reconnaître sa structure, j'ai appliqué dessus, suivant sa longueur, un couteau mousse, et, en frappant quelques petits coups secs, je l'ai fait facilement éclater en deux parties égales ; la couche corticale la plus extérieure seulement, plus sèche, s'est séparée en cinq ou six morceaux. On distingue facilement les trois parties qui composent le plus ordinairement les calculs, savoir : les couches corticales, les stries radiées et le noyau. — On peut reconnaître cinq couches corticales aux extrémités de la concrétion, mais sur ses côtés elles sont moins distinctes et quelques-unes même ne s'y prolongent pas. La plus extérieure est complète partout et est peu adhérente aux autres ; elle en est même séparée, surtout à une de ses extrémités, par une assez grande quantité de matière colorante qui tombe en poussière au moindre attouchement. Dans cette partie de la couche extérieure on remarque plusieurs petites cellules dans son épaisseur. Ces diverses couches ont une couleur brunâtre ; on voit au milieu d'elles une foule de points brillants en forme de stries convergentes. Les stries radiées forment une masse très-distincte, séparée des couches précédentes par de très-petits grains de matière colorante ; ces stries sont très-brillantes, cristallines et se portent en rayonnant vers le noyau ; elles ont la forme de lamelles superposées. Ce noyau

(1) L'observation que l'on vient de lire nous a été textuellement transmise par notre honorable confrère M. Cosseret. La forme épistolaire a été seulement changée pour les besoins de l'article. Le fait de l'expulsion spontanée par les selles d'un calcul biliaire ayant le volume d'un petit œuf de poule nous a paru assez extraordinaire pour réclamer dans cette circonstance le secours des lumières d'un médecin qui s'occupe avec la plus grande distinction de l'étude des affections du foie et des voies biliaires, et a publié des travaux importants sur la matière. L'examen qu'a fait M. Fauconneau-Dufresne du calcul en question et le jugement qu'il porte donnent une plus grande importance à l'observation de notre confrère de Toulon. (*Note du rédacteur.*)

n'a que le volume de la plus petite tête d'épingle ; il est composé de légers grumeaux de matière colorante très-noire.

Il est assez rare, assurément, de rencontrer un calcul d'un aussi grand volume, cependant les annales de la médecine font mention de calculs encore plus considérables. Bailli et Sage en ont trouvé dans la vésicule ayant le volume d'un œuf de poule. M. de Meersmann a extrait de la vésicule d'un homme vivant un calcul qui avait huit centimètres de longueur et près de trois d'épaisseur. Enfin Meckel en a fait graver un, cylindrique, un peu courbé, qui avait quinze centimètres de longueur, six de diamètre, et plus de douze de circonférence.

L'examen du calcul et les symptômes qui sont relatés dans l'observation ne permettent pas de douter que le corps ne se soit formé dans la vésicule ; il devait même y être seul, puis que sa surface n'offre aucune facette. On ne peut supposer qu'il ait passé dans l'intestin autrement que par un trajet fistuleux, et la formation de ce trajet a été annoncée par la douleur aiguë sous les fausses côtes droites, la tuméfaction de l'hypocondre, les vomissements, hoquets, éructations, la fièvre, etc. L'intestin dans lequel cette fistule s'est établie avec la vésicule est, presque sûrement, le duodénum, car ses connexions avec le réservoir de la bile font qu'il en était ainsi dans la plupart des cas qui ont été observés. Tantôt c'est par une sorte d'usure, et tantôt par une gangrène limitée que s'établit l'ulcération: celle-ci se rétrécit, mais persiste, et la bile suit en partie cette voie pour s'écouler dans l'intestin. Il est arrivé qu'un gros calcul, échappé de cette manière de la vésicule dans les voies digestives, ait été retenu dans l'intestin grêle, et qu'il en soit résulté des symptômes d'étranglement et la mort : quatre faits de ce genre sont à ma connaissance; ils sont dus à M. Monod, MM. Renaut et Reignier, à Puyroyer et à M. Broussais. Enfin, on a vu des calculs encore plus volumineux rendus par les selles et quelquefois après des efforts qui ont été comparés à ceux de l'accouchement. Dans l'ancien journal de médecine, un calcul rendu de cette manière avait le volume d'un œuf de poule, et M. Guilbert nous apprend dans sa thèse, d'après feu M. Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, que la mère d'un des hauts fonctionnaires de notre époque en a évacué un semblable. Le docteur Bermond, dans le Bulletin Médical de Bordeaux, rapporte qu'une dame de cinquante ans, après une crise des plus affreuses, évacua une masse qui égalait les deux poings, mais qui, à la vérité, était composée d'une grande quantité de concrétions calculeuses.

A quelles causes faut-il attribuer de semblables productions, et quels sont, dans l'état présent de nos connaissances, les meilleurs moyens pour les prévenir, les guérir et en empêcher le retour ? C'est là le point le

plus important de cette note, et celui qui concerne particulièrement le *Bulletin de Thérapeutique*.

Les circonstances qui paraissent avoir le plus d'influence sur la formation des concrétions biliaires sont la vie sédentaire, surtout lorsqu'antérieurement elle a été active, et un régime trop animalisé. Le sang du système veineux abdominal se charge alors de matières grasses, et c'est là l'origine de la cholestérine qui entre dans la composition des calculs biliaires. La bile, qui éprouve des changements dans la proportion de ses éléments, n'a plus assez de force pour tenir en suspension sa matière colorante : celle-ci se dépose en plus ou moins grande quantité, et le mélange de ces deux substances, cholestérine et matière colorante combinées ensemble, constitue, dans un ordre qui est presque toujours le même, les calculs qui se sont formés lentement dans la vésicule biliaire. Toutefois, il faut toujours admettre une disposition individuelle dont la nature nous est inconnue, car dans les conditions que nous venons de mentionner, les calculs ne se produisent pas constamment, et on les rencontre aussi quelquefois dans des conditions opposées.

Pour prévenir la formation des concrétions biliaires, ne devient-il pas évident qu'il faut éviter de se placer dans les circonstances qui sont reconnues pour favoriser leur développement, c'est-à-dire qu'il faut éviter une vie trop sédentaire et un régime trop animalisé ? Ce régime doit être surtout végétal, et les viandes qu'on y associera devront être légères ; la nourriture ne devra pas être trop abondante. — Il serait trop long, dans ces simples réflexions, d'établir le traitement complet de l'affection calculeuse du foie ; mais, au moins, il est possible, en quelques mots, d'en poser les bases. On ne peut, en aucune manière, compter sur le *remède de Durande* pour *dissoudre* les calculs. La cholestérine, il est vrai, est très-bien dissoute par l'éther ; mais l'huile de térébenthine n'agit que très-faiblement sur cette substance. Ce remède ne peut être pris à assez forte dose pour qu'il en pénètre une quantité notable dans les voies biliaires ; et, à supposer qu'il soit toléré par les organes digestifs, sa première action devrait se porter sur la partie extérieure des calculs, qui est toujours formée de matière colorante, laquelle matière colorante est insoluble dans l'éther et dans l'huile de térébenthine. Si quelques succès ont été obtenus par le remède de Durande, ce n'a dû être que par les contractions déterminées dans la vésicule et les conduits biliaires par ses qualités irritantes, contractions d'où a pu résulter l'expulsion des calculs. Encore, dans cette hypothèse, devrait-on préférer la modification proposée par M. le docteur Duparcque, c'est-à-dire un mélange d'éther et d'huile de ricin. Le traitement le plus rationnel me paraît être jusqu'à présent, comme moyen

de *dissoudre* les concrétions biliaires, l'usage abondant des boissons alcalines, car elles agissent sur la matière colorante, qui est la plus accessible, et qui, formant la majeure partie des concrétions, peut, par sa dissolution, leur ôter du volume et de la consistance, et rendre ainsi leur expulsion plus facile. — Pour empêcher enfin le retour de ces concrétions, les mêmes précautions seront à mettre en usage, l'exercice habituel, un régime plus végétal qu'animal, une nourriture peu abondante, et l'usage fréquent des boissons alcalines. L'exercice n'a pas seulement pour but de faire circuler plus activement les fluides biliaires et d'en prévenir la stase, on peut peut-être encore donner une cause plus générale à son heureuse influence. Plus on active la circulation, plus l'oxygène de l'air s'empare du carbone du sang pour en faire de l'acide carbonique. Le carbone entrant en grande proportion dans les matières grasses mêlées au sang, il en résulte que celles-ci sont, en quelque sorte, d'autant mieux détruites qu'on respire avec plus de force et de rapidité. Je ne me permettrais pas de publier une semblable théorie si elle n'avait été émise par notre célèbre chimiste M. Dumas, dans une conversation qu'il eut, à ce sujet, avec M. le professeur Trousseau.

Fauconneau-Dufresne.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA GRENOUILLETTE ET SUR SES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT.

De tout temps les chirurgiens se sont beaucoup occupés du traitement de la grenouillette. La diversité des moyens qu'ils ont successivement proposés et mis en usage prouve qu'ils ne se dissimulaient pas les difficultés de la guérison, en même temps qu'elle démontre l'idée fausse qu'ils se faisaient de la nature et de la cause véritable de cette maladie, sinon dans tous les cas, du moins dans un très-grand nombre ; aussi, en l'absence de la démonstration anatomique qui ne devait arriver que plus tard, grâce aux recherches de Warthon sur les glandes salivaires et leurs conduits excréteurs, la plupart des auteurs qui ont écrit depuis Celse regardent-ils la grenouillette, les uns comme un abcès d'une nature particulière, les autres comme un kyste : parmi ces derniers, Fabrice d'Aquapendente l'a rangée dans les tumeurs enkystées et l'a comparée au

méliceris. Ce n'est que plus tard que l'opinion de Munnicks a prévalu; le premier il plaça la cause de la grenouillette dans la dilatation des conduits salivaires, et notamment du canal excréteur de la glande sous-maxillaire. Aujourd'hui cet aperçu étiologique ne compte guère d'opposants ; généralement accepté, il a exercé sur la thérapeutique de la maladie la plus heureuse influence, sans pour cela faire rejeter d'une manière absolue l'existence dans la région sublinguale d'autres tumeurs de nature différente qui peuvent réellement s'y développer comme l'a démontré le travail publié par M. Breschet dans le Répertoire d'anatomie, et d'où il résulte que des kystes séreux indépendants du conduit de Warthon constituent quelquefois la grenouillette, surtout chez les enfants.—On comprend aisément que pour deux états pathologiques si dissemblables, sinon en apparence, du moins par leur constitution intime, le traitement ne saurait être le même. Dans un cas en effet, c'est à détruire le kyste, soit qu'il l'enflamme par des moyens appropriés, soit qu'il l'extirpe en totalité, que doivent tendre tous les efforts du chirurgien ; dans l'autre cas, au contraire, le but qu'il se propose est de rétablir d'une manière permanente le passage de la salive de l'intérieur de la poche où elle se trouve accidentellement retenue à la surface interne de la bouche : c'est uniquement de l'examen des divers procédés opératoires conseillés en vue de ce résultat que j'ai l'intention de m'occuper en ce moment. — La *ponction* d'abord simple de la tumeur, puis combinée avec l'*incision*, ne pouvait donner qu'une guérison momentanée, suivie bientôt de l'accumulation d'une nouvelle quantité de salive, et de la reproduction de la tumeur avec un volume égal à celui qu'elle offrait primitivement : J.-L. Petit rapporte (OEuv. chirurg., tome I, p. 184) l'observation d'une femme qui par pusillanimité refusant toute autre opération, subit neuf fois la ponction dans l'espace de deux ans, sans qu'on soit venu à bout par ce moyen de guérir la maladie. L'insuffisance de ce mode de traitement, que des médecins de nos jours persistent encore à mettre en usage, avait été reconnue par Amb. Paré. « Or, dit ce chirurgien, pour seurement parfaire la curation, il faut faire ouuerture de la dite apostème auecque cautère actuel, plustost qu'auecque lancettes, autrement le plus souuent réitère, voire par plusieurs et diverses fois. » Cette indication nouvelle, donnée par Paré, constitue déjà un progrès réel, puisqu'à une simple incision, dont les bords ne tardaient pas à se réunir, elle fait succéder un procédé qui fait éprouver au kyste une perte de substance par suite de l'eschare que son application détermine. Toutefois le cautère dont A. Paré se servait était d'un calibre trop petit pour détruire les tissus dans une étendue suffisante, et obtenir ainsi une ouverture permanente de la tumeur. Cependant il ajoute que « ça faisant

l'ulcère sera guarric après et sans nul accident. » Bien que Paré ne le dise pas, il est probable que la guérison était due alors à la production d'une fistule qui établissait une voie de communication entre la cavité du kyste salivaire et l'intérieur de la bouche. — Plus tard, Louis et ensuite Sabatier joignirent à l'incision l'emploi des tentes et des mèches qu'ils introduisirent entre les bords de l'ouverture pratiquée à la tumeur; ils se servirent aussi de fils de plomb et de bougies qu'ils retiraient chaque jour pour donner issue aux liquides. Cette méthode mixte compte quelques succès; cependant les chirurgiens ne virent en elle qu'un moyen palliatif, et elle fut généralement abandonnée.

Dionis, Heister, pratiquaient bien aussi l'incision de la tumeur dans toute sa longueur, mais au lieu d'y porter des mèches, ils cautérisaient la surface interne du kyste, tantôt avec les acides sulfurique, hydrochlorique, le beurre d'antimoine, et tantôt avec le nitrate d'argent. Ce mode opératoire, comme le font remarquer avec juste raison MM. Marjolin et Laugier (Dict. de méd. en 25 vol., tome XIV, p. 279), a l'inconvénient d'être long, douloureux, et il expose à des accidents inflammatoires qui peuvent se propager au loin et notamment dans les conduits de la glande sous-maxillaire qui ainsi se trouvent oblitérés.

Desault, et avant lui J. L. Petit, furent partisans de l'excision d'une portion du kyste; mais si cette excision procure une perte de substance qui s'oppose au rapprochement immédiat des bords de la plaie, celui-ci finit toujours par s'effectuer sous l'influence du travail de cicatrisation qui ramène au contact par un effort incessant les tissus divisés : pour ce motif, l'*excision* nous paraît un moyen défectueux. Nous en dirons autant de l'injection dans la poche salivaire d'un liquide irritant, celle-ci ayant été préalablement vidée : on comprendra sans peine les accidents auxquels expose un pareil traitement par l'inflammation qu'il ne manquerait pas de déterminer dans les conduits de la glande et dans l'épaisseur de celle-ci.

Le cathétérisme du conduit de Warthon pratiqué par Louis dans un cas où ce conduit s'ouvrait au centre d'une ulcération aphtheuse, circonstance qui rendait son orifice facile à trouver, ne saurait être mis en usage que très-rarement, et au début de la maladie, quand la tumeur a un très-petit volume. On pourrait alors, à l'exemple de Louis, introduire un stylet de plomb dans cet orifice et achever de le dilater en y plaçant une petite bougie de même métal.

Par l'exposé qui vient d'être fait de ces divers modes de traitement, on a pu voir que si quelques-uns de leurs auteurs ont compris l'indication fondamentale sur laquelle repose la guérison radicale de la grenouillette, il s'en faut qu'ils aient donné aux moyens propres à remplir

cette indication toute la perfection désirable ; c'est cette insuffisance de la thérapeutique qui suggéra à Dupuytren l'idée de son procédé, qui consiste à introduire dans une ouverture pratiquée au kyste une petite tige terminée à chacune de ses extrémités par un bouton elliptique, et destinée à empêcher l'ouverture de se fermer ; l'introduction de cet instrument n'a lieu qu'après que la tumeur a été vidée, les parois de celle-ci s'affaissent et se cicatrisent autour de la tige métallique qui se trouve alors fixée au moyen des deux boutons qui la terminent, la salive s'écoule entre les bords de l'ouverture du kyste et la circonférence de l'instrument. Cette méthode de traitement, bien supérieure assurément à tout ce qui avait été imaginé avant elle, fut généralement acceptée par tous ceux au moins qui partageaient la manière de voir de Dupuytren sur l'origine de la grenouillette. Il y eut pourtant quelques dissidents qui continuèrent à donner la préférence à l'emploi du séton, qui n'a pas, comme le procédé Dupuytren, l'inconvénient de laisser en permanence dans la bouche un corps étranger qui, par son contact, peut devenir une cause d'irritation pour les tissus au milieu desquels il est placé, et leur imprimer ainsi à la longue des modifications de vitalité et de structure plus ou moins fâcheuses.

Voici comment, en 1828, M. Laugier (Journal hebdomadaire) décrivait le procédé du séton : « Dans les grenouillettes récentes, il suffit de traverser la tumeur à l'aide d'une aiguille courbe à anévrysme, assez large dans sa partie moyenne pour faire une ouverture suffisante à l'écoulement du liquide, plus étroite vers son chas ; cette aiguille traîne après elle plusieurs fils de soie réunis en cordonnet qui ne rempliront pas complétement l'ouverture, ce qui pourrait compromettre l'opération. Ce ruban de fil de soie est noué dans la bouche en anse lâche mais fermée en anneau, et abandonné quelques semaines, au bout desquelles la guérison est obtenue. » Cette méthode a sur les autres l'avantage, ainsi que le remarque l'auteur, d'établir deux orifices dont l'un au moins restera fistuleux. Malgré cela elle eut peu de partisans, et pour ma part, je crois qu'on fut injuste envers elle ; Physick, de Philadelphie, lui fut redevable de nombreux succès.

La multiplicité des procédés opératoires que je viens d'exposer semblait devoir rendre impossible tout perfectionnement ultérieur, et le problème thérapeutique si péniblement élaboré depuis Celse jusqu'à nos jours, paraissait avoir été définitivement résolu par l'ingénieux appareil de Dupuytren, lorsque dernièrement l'art s'enrichit d'une méthode nouvelle dont il est redevable à M. Jobert. Déjà nous l'avons fait connaître à nos lecteurs (Voir le Rép. du *Bull. de Thérapeut.*, t. 27, n° 326), et aujourd'hui si nous appelons de nouveau sur elle

lcur attention, c'est qu'ayant eu l'occasion de l'appliquer, elle nous a parû susceptible de modifications importantes qui doivent en assurer le succès.

Observation. — Grenouillette opérée avec succès par la méthode de M. Jobert, modifiée.—Mlle Doublet, âgée de vingt-huit ans, vint me consulter le 15 septembre 1844, pour une tumeur qu'elle portait dans la bouche et qui avait commencé à se développer il y a un an.

Progressivement accrue, elle occupait le côté droit du plancher de la bouche, limitée en avant par le frein qu'elle repoussait un peu à gauche, et s'étendant fort loin en arrière dans la rainure située entre la langue et la mâchoire inférieure ; arrondie, tendue, elle dépassait le niveau dc l'arcade dentaire et refoulait dc bas en haut la langue dont les mouvements étaient ainsi gênés, ce qui rendait la prononciation embarrassée. Il y avait deux mois que la tumeur avait été à deux reprises opérée par incision, ct toujours sans succès. La seconde fois elle récidiva commc la première, malgré de nombreuscs cautérisations faites avec le nitrate d'argent. Le siége de la tumeur, la nature du liquide qui s'en écoula aux précédentes opérations, la physionomie symptomatique actuelle, tout rendait le diagnostic certain ; j'avais évidemment affaire à une grenouillette en récidivc.

1er octobre. — L'opération fut faite de la manière suivante : je commençai par aviver dans toute son étendue la surface extérieure dc la tumeur par uue dissection très-superficielle qui détruisit l'épithélium de la membrane muqueuse, sans cntamer le kyste lui-même. J'étendis cette dissection le plus loin possible au delà des limites dc ce dernier, et j'obtins de la sorte une plaie en nappe du plancher de la bouche qui dépassait la circonférencc de la tumeur. Ce prcmier temps de l'opération fut suivi de l'ouverture du kyste salivaire au moyen d'une incision faite dans toute sa longueur et parallèle au corps de l'os maxillaire inférieur ; le liquidc albumineux qui le remplissait s'écoula en abondance. J'introduisis alors l'extrémité du doigt dans la cavité, et je parvins à m'assurer qu'clle se terminait en infundibulum dont le prolongement se faisait en arrière du centre de la mâchoire, et dans la direction du conduit de la glandc sous-maxillaire. De cette disposition anatomique, j'ai conclu que la tumeur était le résulsat de la dilatation de ce conduit, et non un kyste sércux, sans communication avec les voies salivaires. Je continuai alors l'opération : déjà l'incision de la tumeur avait donné deux lambcaux ; je divisai le centre de chacun d'eux et j'obtins ainsi quatre lambeaux asscz régulièrement triangulaires, libres et flottants dans toute leur étendue de la base au sommet. Je fixai ensuite ces lambeaux, ayant soin d'attendre que l'écoulement de sang fût

complétement arrêté. Je renversai donc de dedans en dehors chacun des lambeaux, commençant par les deux qui étaient plus rapprochés de la langue; l'un fut couché dans la rainure sublinguale où le maintinrent deux points de suture; l'autre fut rejeté au delà du frein et fixé de même. J'adaptai ensuite les deux lambeaux antérieurs au plancher buccal, l'un près du frein et l'autre plus en arrière; je n'employai pour ces deux derniers qu'un seul point de suture passé à leur sommet, tandis que pour les deux autres, outre que j'en passai un au sommet, j'en plaçai un second sur celui de leurs bords qui se trouvait correspondre au bord saignant de la membrane muqueuse avec laquelle ils se trouvèrent ainsi affrontés.

Le résultat immédiat de cette opération fut de maintenir le kyste salivaire largement ouvert; l'extrémité du doigt pouvait y être engagée facilement. Peu d'instants après survint un boursouflement des lambeaux et de la membrane muqueuse au voisinage de ceux-ci, qui dut être attribué à l'irritation, suite des manœuvres longues et assez difficiles que nécessite la suture pratiquée dans une localité où il est peu commode d'agir promptement, gêné que l'on est surtout par les mouvements de la langue. Je prescrivis des lotions fréquentes d'eau froide. Le lendemain 2 octobre, mademoiselle D... n'a pas souffert; le gonflement des lambeaux n'a pas diminué; leur surface, légèrement rosée la veille, est maintenant d'un rouge foncé : ce boursouflement fait que l'ouverture du kyste est masquée, mais sans être oblitérée, car une sonde de femme, portée au point de rencontre de la base des lambeaux ainsi tuméfiés, pénètre aisément dans cette ouverture. Je prescrivis des gargarismes aluminés. Le 3, mademoiselle D... a retiré deux points de suture qu'elle a sentis libres dans sa bouche. Je détruis avec le bec de la sonde des adhérences qui se sont établies à la base des lambeaux, et je cautérise énergiquement avec le crayon de nitrate d'argent, dans toute son étendue, le tissu muqueux tuméfié et enflammé. Le lendemain, nouvelle cautérisation des lambeaux, en ayant soin de m'éloigner du point central correspondant à l'ouverture du kyste, où j'introduis de nouveau la sonde. Pendant huit jours nouvelle cautérisation qui eut pour résultat de produire l'affaissement des lambeaux, en même temps que l'orifice de communication du kyste salivaire avec l'intérieur de la bouche devenait plus apparent chaque jour. Cinq semaines après l'opération, on pouvait regarder le succès comme assuré. A cette époque je conduisis mademoiselle D... à M. Jobert, qui, en présence des élèves de sa clinique, reconnut avec sa franchise habituelle qu'il n'avait pas obtenu jusqu'à présent un résultat aussi concluant par son procédé. Déjà l'orifice du kyste se dessinait nettement. Borné par le tissu muqueux

légèrement tendu à sa circonférence, il admettait sans peine une sonde cannelée de volume ordinaire, et par lui la salive était incessamment versée dans la bouche.

J'aurais pu faire paraître alors cette observation ; mais malgré toute les conditions de durée que présentait le résultat obtenu, je craignis de compromettre par une publication prématurée la valeur pratique de ce fait. On pouvait redouter à la rigueur l'oblitération consécutive de l'ouverture du kyste, et conséquemment la récidive de la maladie. Et cette ouverture ne pouvait-elle pas être obstruée par quelque parcelle d'aliments ? Ces appréhensions, peut-être fondées dans le principe, ne sauraient être que chimériques ou malveillantes aujourd'hui. Depuis bientôt six mois le fait subsiste, et dernièrement les membres de la Société médicale du Temple, auxquels j'ai présenté mademoiselle D..., ont pu le vérifier. Le plancher de la bouche n'est pas plus élevé à droite qu'à gauche ; c'est dire que la salive ne stagne plus dans le kyste, qui en cessant d'être distendu par elle, est revenu sur lui-même. On voit la salive couler par un véritable petit canal qui fonctionne sans cesse : son ouverture est elliptique ; on peut y introduire sans peine un stylet mousse ordinaire.

En résumant les principaux détails de ce fait, on comprend que le but que doit se proposer avant tout le chirurgien, c'est d'obtenir l'ouverture la plus large possible du kyste salivaire ; car ce qu'il y a de plus à craindre c'est de voir le gonflement inflammatoire fermer consécutivement cette ouverture. Or, il est évident que par la modification que j'ai apportée à la méthode de M. Jobert, et qui consiste à former quatre lambeaux que l'on peut porter aussi loin que l'on veut en les renversant avec la plus grande facilité, on remplit mieux l'indication dont il s'agit qu'en faisant deux lambeaux seulement, qui en définitive ne représentent que les deux côtés d'une boutonnière : or, en cherchant à renverser ces derniers, on s'aperçoit bientôt que, retenus à leurs extrémités, ils se prêtent difficilement au déplacement qu'on veut leur faire éprouver : d'où il résulte que l'écartement entre les bords de l'ouverture ne saurait jamais être aussi considérable que par le procédé que j'ai mis en usage. C'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer en partie les insuccès de la méthode d'ailleurs si ingénieuse du chirurgien de Saint-Louis. Je dis en partie, car il est d'autres indications qui n'ont pas été suffisamment comprises dans les premiers essais tentés jusqu'alors. Nous avons vu, par exemple, chez notre opérée, que les lambeaux s'enflamment, se tuméfient, et qu'ils arrivent en contact par leur base ; qu'enfin des adhérences peuvent s'établir entre leurs surfaces devenues alors contiguës, et que de la sorte l'occlusion du kyste tend

à s'effectuer. Les moyens que j'ai mis en usage pour prévenir ce résultat sont : d'une part, l'interposition d'une sonde à la base des lambeaux, et de l'autre la cautérisation de ceux-ci. La cautérisation a été un auxiliaire puissant ; elle a non-seulement réprimé l'exubérance des tissus, mais elle a fait naître et entretenu dans l'épaisseur des lambeaux une inflammation suppurative, bientôt suivie d'un travail de cicatrisation qui, s'effectuant de leur base, que le caustique avait toujours respectée, aux divers points de leur circonférence, sur lesquels il porta exclusivement à chaque nouvelle cautérisation, donna ainsi lieu à une rétraction de tissu dans le même sens, qui contribua à maintenir écartés les bords de l'ouverture circonscrite par ces lambeaux. Les considérations qui précèdent me font conclure : 1° que pour traiter avec succès la grenouillette par la méthode inventée par notre savant confrère M. Jobert, il convient de tailler quatre lambeaux dans la paroi externe du kyste, au lieu de deux seulement comme le fait ce chirurgien ; 2° la dissection en nappe de la membrane muqueuse devra être faite dans une grande étendue, et toujours le plus loin possible au delà des limites de la tumeur ; de cette manière les lambeaux autoplastiques pourront être fixés loin du centre de celle-ci, et on obtiendra un écartement plus considérable entre leurs bases ; 3° la cautérisation est un auxiliaire indispensable ; elle sera faite d'après les idées que nous avons émises plus haut ; 4° enfin, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, jusqu'à l'entier affaissement du tissu muqueux, on devra introduire une sonde, soit métallique, soit en gomme élastique, dans l'ouverture pratiquée au kyste, afin de s'assurer s'il n'y a pas quelque adhérence qui tend à s'établir à la base des lambeaux, et qu'il serait ainsi on ne peut plus facile de détruire.

Amédée Forget.

DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES DANS LE TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE, SUIVANT LA MÉTHODE DE COTUGNO.

Les faits que je vais exposer ne sont bien importants ni par leur rareté, ni par l'obscurité de leur diagnostic, ni par les déductions qu'on pourrait tirer d'un nombre plus considérable d'observations.

La névralgie sciatique est en effet une affection, sinon toujours bien déterminée quant à sa nature et à l'espèce de lésion qui lui donne lieu, du moins en général bien connue par ses symptômes, et les cas assez rares où l'on peut la confondre avec une coxalgie commençante, ou avec une névrite, sont les seuls dans lesquels le diagnostic offre quelque difficulté.

C'est plutôt sous le rapport de son traitement que la névralgie sciatique a préoccupé les praticiens, et qu'ils se sont épuisés en tentatives de tout genre pour remédier aux douleurs si cruelles dont elle est la source parfois intarissable. Aussi le nombre et la variété des moyens employés pour la combattre attestent-ils autant la difficulté et l'incertitude de son traitement, qu'ils sont peu faits pour encourager à de nouvelles recherches.

C'est cependant sous le rapport thérapeutique que les faits suivants pourront présenter quelque intérêt. Sans étendre la page déjà si longue du traitement de la sciatique, ils feront connaître l'emploi particulier d'un moyen connu, et ils montreront qu'il est une manière propre d'employer les topiques, comme d'administrer les médicaments internes; que les uns et les autres ne réussissent, toutes choses égales d'ailleurs, qu'à certaines conditions de quantité et de nature qu'on doit bien préciser.

Obs. I. — Un charpentier, âgé de trente-sept ans, réclame mes soins le 7 avril 1844; cet homme, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, demeure à Lyon depuis dix ans ; il n'a jamais été malade. Il y a huit jours que, travaillant dans une boutique exposée à des courants d'air, il éprouva dans la cuisse gauche une sensation de picotement et d'engourdissement qui attira peu son attention. Pendant la nuit cette douleur devint plus forte, et le lendemain, ainsi que les deux jours suivants, elle commença à gêner les mouvements, et bien qu'elle parût moins vive dans l'action que dans le repos, le malade cessa de travailler, pensant que la tranquillité suffirait pour lui rendre l'usage accoutumé de son membre. Il n'en fut rien : la douleur se caractérisa de mieux en mieux ; elle siégeait dans la partie postérieure de la cuisse, depuis la région fessière jusque dans le creux poplité, sans dépasser le genou. Pendant deux jours le malade employa de lui-même l'huile camphrée en friction sans aucun soulagement. Puis, au quatrième jour de l'invasion, il se mit, sur le conseil d'un herboriste, un vésicatoire à la cuisse. La douleur, au lieu de diminuer, augmenta ; elle s'étendit au delà du genou, le long du bord externe de la jambe jusqu'à la malléole externe et sur le cou-de-pied, en suivant le trajet du nerf poplité externe. Le membre, loin de pouvoir servir à la progression, devint très-sensible au moindre mouvement, si bien que le malade se vit obligé de recourir à un médecin. Je fus appelé.

Le 8 avril, neuvième jour de la maladie, la douleur est très-vive ; le malade n'a pas dormi, la face est rouge, la tête brûlante ; il y a inappétence pour les aliments, soif vive ; la langue est blanche, le pouls est dur et fréquent.

Prescription. — Saignée de 400 gr. environ, tisane d'orge, potion avec le sirop de gomme et 5 centigrammes d'extr. aqueux d'opium, diète.

Le 9, le malade a dormi une partie de la nuit; il n'a plus de céphalalgie et demande à manger. Il se plaint toujours de sa douleur qui est fixe, continue, tantôt formicante, tantôt lancinante, et semble redoubler de temps en temps: il y a eu deux crampes pendant la nuit, la jambe est fléchie, le mouvement qu'on lui imprime cause une vive douleur. Celle-ci s'étend depuis la hanche jusqu'au pied où elle est surtout très-aiguë, ainsi que dans la fesse, tandis qu'elle est moindre dans l'intervalle. Il n'y a du reste ni rougeur, ni chaleur, ni gonflement sur le trajet du nerf; mais la pression, dans certains points, augmente la souffrance.

Les signes d'une sciatique aiguë n'étant pas douteux, je résolus d'employer immédiatement la méthode du traitement par les vésicatoires multiples que j'avais vue, à Paris, réussir entre les mains de M. Gendrin, et qui m'avait paru la plus expéditive. Je fis donc appliquer sur-le-champ trois vésicatoires placés: le premier sur la hanche, au niveau du grand trochanter et un peu en arrière de ce point; le deuxième sur le côté externe de l'articulation tibio-fémorale, au niveau de l'extrémité supérieure du péroné; enfin, le dernier sur l'extrémité inférieure de cet os, de manière à couvrir la malléole externe et la partie supérieure et externe de la face dorsale du pied. Ces vésicatoires furent appliqués simultanément et avec les dimensions suivantes : le premier de 6 pouces de diamètre, le deuxième de 4 pouces, et le troisième de 5 pouces, comme je l'avais vu pratiquer au médecin de l'hôpital de la Pitié. Du reste, je fis renouveler la même potion, la même tisane, et je permis les potages.

Le 10 avril, le malade a eu de la fièvre ; il n'a pas dormi, mais la douleur sciatique est obscurcie par celle des vésicatoires. Même prescription.

Le 11, la douleur sciatique est moins violente dans la cuisse, mais très-aiguë dans le pied. Les vésicatoires levés la veille, après vingt-quatre heures d'application, sont en plein rapport et ont amené un érythème environnant sur lequel on met des compresses enduites de cérat opiacé. Demi-régime, même tisane, la potion opiacée est supprimée.

Trois jours après, le 14, les vésicatoires ont cessé d'être douloureux, la névralgie est beaucoup moins forte, et le malade n'accuse qu'une sensation très-pénible d'engourdissement. Même prescription. Les vésicatoires tendant à se dessécher, on les excite avec la pommade épispastique cantharidée.

Le 17, le malade, qui n'avait encore pu mettre le pied à terre, s'est

levé pour aller à la garde-robe, sans que la douleur ait été plus forte; mais le membre est faible et peut à peine soutenir le poids du corps.

A partir de ce jour, je ne vois plus le malade que le 23, et j'apprends alors de lui qu'il ne boite plus et qu'il marche sans éprouver de douleur. Je lui recommande de faire sur le membre, matin et soir, des frictions sèches et de reprendre ses occupations ordinaires.

Cette observation est un exemple de sciatique aiguë qui n'offre de particulier que sa terminaison rapide. La durée fut de vingt jours environ, et la guérison fut obtenue par l'emploi des vésicatoires dans l'espace de douze jours. Le fait suivant présente le même succès dans un cas de sciatique chronique.

Obs. II. — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de quarante-quatre ans, plâtrier. Depuis deux ans il est affecté d'une névralgie sciatique droite, pour laquelle il a été traité, dès le principe, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par des frictions huileuses et aromatiques, par des bains de vapeur et des boissons sudorifiques dont il ne spécifie pas la nature. Cette douleur fut très-vive pendant un mois, et cessa peu à peu de se faire sentir pendant l'été.

Le 18 septembre 1844, il se présenta à moi avec une nouvelle douleur sciatique du même côté droit, qu'il avait gagnée, me dit-il, en travaillant dans une maison en construction. La douleur offre cela de curieux qu'elle a commencé par le pied et qu'elle s'est progressivement étendue le long du bord péronien de la jambe, sans remonter au delà du genou.

La santé générale du malade est bonne; sa constitution est faible, il est maigre, sec et pâle.

La douleur de la jambe est profonde, sourde, et semble, selon l'expression du malade, siéger dans la moelle de l'os, sans qu'il accuse autre chose que deux blennorrhagies anciennes et qui n'ont été suivies d'aucun symptôme grave.

La pression sur le trajet du nerf poplité externe augmente la douleur et la transmet jusque dans la hanche, sans qu'on obtienne le même résultat en comprimant le nerf sciatique vers son origine.

Prescription. — Deux vésicatoires, l'un sur la malléole externe, l'autre sur la tête du péroné, avec les dimensions respectives indiquées dans la précédente observation.

Le lendemain, la douleur fixée dans la jambe se fait aussi sentir dans la cuisse, la fesse et la région lombaire; le malade n'a pas dormi, la douleur l'a tenu constamment éveillé, et c'est à grand'peine que je lui persuade de se laisser appliquer un autre vésicatoire de 6 pouces de diamètre sur la fesse.

Prescription. — Deux pilules avec demi-grain d'opium, tisane de tilleul et de fleurs d'oranger, potages.

Le 20 septembre, le malade souffre des élancements, des déchirures dans la cuisse ; la pression ou les mouvements augmentent la douleur qui se propage dans le pli de la fesse et se fait sentir jusque dans le scrotum ; le malade a peu dormi et a trouvé les souffrances plus fortes le soir et la nuit, que le jour. Les vésicatoires donnent bien. La prescription est continuée, le régime est légèrement augmenté.

Le 22, les douleurs ont diminué, la pression est moins sensible, mais tout mouvement réveille les souffrances.

Le 25, les vésicatoires sont ravivés avec de la pommade de cantharides.

Le 27, la névralgie a presque disparu ; le malade peut exécuter des mouvements de flexion et d'extension sans douleur, mais il ne peut ni marcher ni se lever.

Le 30, les douleurs ne se font plus du tout sentir ; le malade peut faire le tour de son lit et commence à marcher dans la chambre.

Six jours après, il reprend ses occupations qui n'ont pas été interrompues depuis les premiers jours d'octobre jusqu'à présent.

Dans l'observation que je viens de citer, on voit un cas de sciatique ascendante dans lequel la palpation des doigts a pu faire reconnaître, avec précision, l'étendue de la phlegmasie. Elle s'étendait jusqu'au point où, en remontant le long du nerf proplité externe, la pression cessait d'être douloureuse. On peut y voir aussi la reproduction de ce fait qu'on a pu remarquer dans la première observation, à savoir : l'exacerbation de la douleur et son extension à tout le nerf immédiatement après l'application des vésicatoires. C'est un phénomène que j'ai observé presque constamment, et qu'explique la vive irritation que causent les vésicatoires dans une large portion de la surface cutanée.

Obs. III. — L'emploi des vésicatoires multiples est non-seulement très-avantageux dans des cas de sciatique simple, comme ceux que je viens de rapporter et qui sont les plus ordinaires ; ces dérivatifs puissants peuvent encore être heureusement mis en usage contre les lumbago chroniques qui sont quelquefois accompagnés d'une sciatique double, comme le prouve l'exemple suivant :

Un de mes amis, âgé de quarante-deux ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux, est sujet, depuis son enfance, aux migraines les plus violentes et les plus fréquemment répétées. C'est la seule affection que je lui connaisse avec celle que je vais citer.

Depuis quinze ans environ, il éprouve, tantôt plus, tantôt moins, mais à peu près d'une manière constante, des douleurs dans la région

lombaire ; il les attribue aux fatigues de la chasse, pour laquelle il était très-passionné dans sa jeunesse, et qui l'exposait souvent à se mouiller jusqu'aux reins, soit en traversant des fossés pleins d'eau, soit en se mettant à l'affût dans des marais, pour attendre ou attaquer le gibier. Il a successivement employé les traitements les plus divers, les douches, les bains de vapeur, les bains russes, les bains de sable, les bains de mer ; il a promené ses souffrances à Aix, à Cette, à Balaruc : rien ne lui avait réussi. Ses douleurs semblaient au contraire avoir augmenté ; de la région lombaire elles s'étaient étendues aux cuisses, aux jambes et jusqu'à la plante des pieds qui était surtout douloureuse, au point de s'opposer parfois à la marche et même à la station debout.

Je lui avais proposé plusieurs fois, mais il est vrai avec peu d'insistance, parce que j'avais peu d'espoir, l'emploi en grand des vésicatoires dont je craignais l'insuffisance contre une affection aussi ancienne, et que je prenais avec d'autres médecins pour une miellite chronique. Las de tout ce qu'il avait entrepris sans succès, je le décidai, au mois de septembre dernier, à tenter cette dernière chance ; il s'y soumit. Je n'entrerai pas dans les détails d'un traitement qui a duré un mois, et pendant lequel le malade a gardé constamment le lit ou la chambre. Je dirai seulement que je suis revenu à trois reprises successives à l'usage des vésicatoires sur toutes les jointures des membres inférieurs et des deux côtés à la fois, sans compter les lombes qui, à elles seules, ont été le siége de quatre applications différentes. Tous les vésicatoires avaient les dimensions que j'ai déjà indiquées, et celui des reins, en particulier, a eu jusqu'à 7 pouces de diamètre en hauteur et 8 en largeur ; si bien qu'on eût dit que le corps n'était qu'une vaste plaie, à en juger au moins par l'énorme quantité de linge que salissait chaque jour la suppuration, par les douleurs excessives du malade et l'immobilité rigoureuse à laquelle il était condamné.

Au milieu d'une vésication si étendue, je n'ai eu aucun accident à combattre, ni du côté de la vessie, ni du côté des organes génitaux, ni du côté de la tête ; des tisanes abondantes d'orge, de graines de lin, des lavements émollients, quelques potions opiacées ont été les seuls médicaments internes employés pendant le traitement.

Il y a actuellement six mois que ce traitement a été mis en usage, et, depuis cette époque, le malade se porte bien ; les lombes et les membres inférieurs ont repris de la force et se prêtent à un exercice ordinaire. Cependant toute marche prolongée et toute fatigue un peu grande ramènent de la faiblesse sans réveiller les douleurs.

Je pourrais puiser dans des notes anciennes de la clinique de M. Gen-

drin des faits à l'appui du traitement que je viens d'exposer ; mais ils n'ajouteraient rien à la conséquence unique que je veux tirer des observations qui précèdent, à savoir, que les vésicatoires, dans les conditions que j'ai indiquées, ayant bien réussi dans les cas qu'on vient de lire et dans un grand nombre de cas analogues, on doit s'empresser d'adopter un moyen si facile et préférable à ceux qu'on vante le plus, tels que la vésication au marteau et l'emploi de la morphine, l'incision sur le trajet du nerf sciatique et l'application au fond de la plaie d'une pilule de belladone, moyen imprudent et que j'ai vu échouer ; enfin, la pire méthode de toutes, la section du nerf sciatique, conseillée dans des cas extrêmes par Galien, et pratiquée sans succès par Mareschal, Louis Sabatier, et plus récemment, en 1828, par M. Malagodi, que nomme M. Velpeau dans sa Médecine opératoire.

Si le vésicatoire mis en usage dans le cas spécial qui nous occupe est resté bien des fois sans succès, il faut attribuer ces échecs plutôt au mode d'application du topique qu'à l'insuffisance du topique lui-même. Ainsi, pour ne parler que du vésicatoire ordinaire ou cantharidé, on l'emploie le plus souvent un à un, de la dimension de 2 pouces 1/2 à 3 pouces, et appliqué seulement sur le grand trochanter. Quelques-uns vont jusqu'à le renouveler de temps en temps pour obtenir une suppuration constante, mais beaucoup en abandonnent l'essai après une première application. Ce mode de vésication a le plus souvent échoué pour deux causes : d'abord, parce qu'il est trop limité pour agir efficacement sur le nerf qui, dans le cas d'une sciatique, est situé profondément à la hanche ; ensuite parce que la névralgie, quelquefois bornée, étant le plus souvent étendue à tout le tronc nerveux, il ne suffit pas d'agir sur le nerf à son origine, pour opérer sur lui dans le reste de son trajet à sa terminaison.

Que cette explication de l'insuffisance d'un seul petit vésicatoire soit vraie, c'est ce dont il n'est pas permis de douter ; l'observation et l'expérience témoignent que cette insuffisance est à peu près constante toutes les fois que la névralgie est de quelque étendue et de quelque importance.

C'est ce que M. Velpeau avait bien senti lorsqu'il employa le vésicatoire en bandelettes sur tout le trajet du nerf sciatique et du nerf poplité externe ; je ne sais si ces bandelettes furent trop étroites, ou si la suppuration ne fut pas entretenue assez longtemps, mais il paraît qu'il n'y eut pas de succès, puisque l'auteur de ce procédé y a depuis renoncé.

La méthode de vésication que j'ai employée, à l'exemple de M. Gendrin, n'est pas nouvelle ; seulement le médecin que je cite y a

ajouté quelques modifications : cette méthode est celle de Cotugno, celle aussi qui est recommandée par Hufeland, dans son Manuel de Médecine pratique, avec cette seule différence que le médecin italien et le médecin du roi de Prusse donnaient à leurs vésicatoires des dimensions égales, et ne les appliquaient qu'à un jour d'intervalle l'un de l'autre, craignant, sans doute, de déterminer une trop vive irritation de la surface cutanée, et redoutant l'érysipèle. Mais l'on sait que si les vésicatoires ont pu fixer des érysipèles ambulants, ils en déterminent rarement la production. Pour moi, je n'ai pas encore vu le moindre inconvénient résulter de leur application multiple.

Je me résume donc en concluant que les vésicatoires monstres, si on veut leur donner ce nom, bien qu'on en emploie de plus grands encore, sont :

1° Le meilleur mode de traitement de la sciatique, soit qu'elle tienne à une cause inflammatoire ou à une cause rhumatismale, l'expérience ayant prouvé qu'ils réussissent bien dans les deux cas;

2° Que ces vésicatoires doivent être appliqués sur les trois articulations du membre inférieur avec les dimensions connues, à cette réserve près, que l'on n'en met que deux lorsque la sciatique est bornée à la cuisse ou à la jambe seulement, quitte à placer le troisième si, comme il arrive quelquefois, la névralgie envahit le membre entier après la première application;

3° Que ces vésicatoires n'ont pas les dangers de l'emploi de la morphine dont on ne peut pas calculer les effets dans la méthode endermique à cause de la différence de son action suivant les sujets.

J'ai entendu dire, pendant mon séjour à l'Hôtel-Dieu, qu'un malade était mort avec les symptômes de l'empoisonnement, à la suite de l'application de 5 centigrammes d'acétate de morphine sur le corps muqueux du derme mis à nu par le marteau à l'eau chaude. Moi-même, étant de service dans l'une des divisions de la salle des Quatre-Rangs, j'ai vu un malade éprouver des effets toxiques, par l'emploi d'un demi-grain d'hydrochlorate de morphine, et pourtant les auteurs conseillent d'en confier jusqu'à 10 centigrammes à l'absorption. Enfin, pour les inconvénients, on ne saurait comparer les vésicatoires monstres à la section du nerf sciatique qui, dans le cas cité par M. Velpeau, fut suivie d'une cicatrisation très-lente au bout d'un an, de la faiblesse et de la débilité d'un membre qui reste à demi paralysé.

4° Ma quatrième et dernière conclusion est que les vésicatoires de grande dimension n'ont pas déterminé d'érysipèle ni d'autres accidents; en sorte que le vésicatoire, dont l'emploi a été si souvent modifié et si diversement essayé, regardé tour à tour comme un moyen inoffensif

et comme un moyen héroïque, doit être beaucoup préconisé contre la sciatique, non plus comme route à l'absorption, et adjuvant de la méthode endermique, mais comme évacuant et moyen dérivatif.

J. Garin.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES BONNES PRATIQUES DES MÉDECINS ARABES DANS LES CAS DE BLESSURES D'ARMES A FEU (1).

Pour les blessures d'armes à feu les Maures ont des théories erronées ; ils croient que la poudre empoisonne la plaie, et que le seul moyen de guérir ces blessures, c'est la cautérisation avec un fer rougi à blanc, ou l'introduction dans la plaie d'huile bouillante. Ce sont les idées de Vigo le Génois, qui ont été adoptées par les chirurgiens du seizième siècle, et dont le génie d'Ambroise Paré a fait justice. Quoi qu'il en soit de l'étiologie de ces sortes de maladies, toujours est-il que les indigènes et surtout les thebib arabes (*thebib* veut dire médecin) sont d'une supériorité incontestable dans leur traitement. Le moyen employé le plus généralement par les Maures consiste à faire rougir un anneau ou bague en fer qu'on applique sur l'origine de la plaie. Lorsque celle-ci est profonde, pour éviter le contact de l'air, on y introduit du beurre rance ou du miel. L'expérience a prouvé qu'à l'aide de ce traitement des bourgeonnements de bonne nature s'établissent dans la plaie plus promptement que par les moyens que nous employons en Europe ; l'introduction de l'air dans la blessure devient difficile, et la cicatrisation ne se fait pas attendre.

Pour provoquer la cicatrisation des plaies profondes du centre à la circonférence, les Arabes emploient un moyen thérapeutique très-rationnel qui devrait être généralement adopté en Europe ; nous voulons parler de l'introduction d'une sonde de miel (*dlill el azel*) dans le trajet de la blessure. Voici la composition de cette sonde et la manière d'en faire usage. On fait cuire du miel jusqu'à ce que, par le refroidissement, il devienne un corps solide, malléable, auquel on donne la forme d'une bougie. Cette préparation doit avoir une longueur égale à celle de la plaie et une grosseur qui soit celle du projectile qui l'a

(1) Cet article est extrait du chapitre *Médecine et médecins chez les Arabes*, dans l'ouvrage fort intéressant que va prochainement publier notre honorable confrère M. le docteur Furnari, sous le titre de *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*, ou *De l'ophthalmie considérée dans ses rapports avec les différentes races*. Ce livre, conséquence scientifique de la mission donnée il y a deux ans à M. Furnari par les ministres de l'instruction publique et de la guerre, fera le plus grand honneur à notre confrère.

(*Note du rédacteur.*)

produite. On l'introduit dans la plaie par l'ouverture d'entrée, et lorsque la balle a une issue, on la fait traverser de part et d'autre jusqu'à ce qu'elle dépasse les deux ouvertures de chaque côté. Dans le cas contraire, la sonde de miel est introduite jusqu'au fond de la plaie. Pendant les trois ou quatre premiers jours on donne à la sonde la même grosseur; mais aussitôt que la suppuration commence et que les bourgeons charnus se développent, on diminue successivement le volume de la sonde jusqu'au dixième jour environ. Lorsque la plaie marche bien, le dixième jour, au lieu d'une seule sonde qui traverse la plaie, on en introduit par chaque ouverture une qui est moins longue que la moitié de la longueur de la plaie, afin de lui permettre de cicatriser par le centre. Enfin, depuis le dixième jour jusqu'à la guérison, on diminue graduellement sur la longueur et la grosseur. Dès que l'introduction de la sonde détermine l'issue de quelques gouttelettes de sang, il faut la supprimer, parce qu'alors on a la preuve que les bourgeons charnus ont atteint le développement qui est nécessaire à une prompte cicatrisation. Si la guérison de la blessure se trouve entravée par une suppuration trop abondante, par le développement trop rapide de bourgeons charnus, ou par le caractère atonique de la blessure, les thebib chargent la sonde de benjoin, de tartre brut et de différentes substances auxquelles ils attribuent des propriétés cicatrisantes.

Quant aux scarifications autour de la plaie, les Arabes les pratiquent avec une lame de couteau rougie au feu; ce puissant révulsif appliqué promptement contribue, par les nombreuses eschares qu'il produit, à prévenir l'inflammation traumatique et à hâter la guérison de la blessure. Des compresses huilées, des cataplasmes avec la bouse de vache ou avec du miel, servent à couvrir les parties scarifiées ; il en est de même des pansements des blessures simples. Nous avons dit, en parlant des ophthalmies, que les Arabes ne se contentaient pas seulement de couvrir les yeux malades, mais qu'ils *tamponnaient* ces organes à l'aide de compresses superposées et de mouchoirs fixés autour de la tête; les précautions qu'ils prennent pour couvrir les blessures sont encore plus extraordinaires afin de soustraire la plaie au contact de l'air, et de conserver aux parties lésées leur chaleur naturelle. On a constaté partout l'heureuse influence des pays chauds sur les blessures; on a constaté l'influence heureuse de l'appareil incubateur pour les amputations à l'hôtel des Invalides; donc la chaleur est bonne pour les blessures, et nous avons souvent tort en Europe d'employer les irrigations froides pour prévenir l'inflammation. Quelquefois les thebib aromatisent la plaie ; mais ils ne se servent jamais d'eau pour la laver. En parfumant la plaie et en la saupoudrant avec des sels de cuivre ou avec

des poudres astringentes, ils espèrent prévenir le développement des vers, qui est dans les pays méridionaux une des complications les plus graves et les plus fréquentes des blessures d'armes à feu.

Extraction des balles. — Les thebib, n'ayant pas les connaissances suffisantes ni les instruments nécessaires pour débrider les plaies d'armes à feu et pour pratiquer des contre-ouvertures, il en résulte que l'extraction des balles, de la bourre et des autres projectiles qui se trouvent dans la plaie devient difficile; aussi, dans le plus grand nombre des cas, ou les balles restent dans les chairs, ou la nature se charge, par le travail suppuratif, de les entraîner au dehors. Il arrive souvent que le blessé, voulant se débarrasser du corps étranger qui le gêne, tombe dans les mains de quelque mdaouï qui, au lieu d'en faire l'extraction par des moyens chirurgicaux, emploie des emplâtres et des moyens mystérieux. Le journal l'*Algérie*, 22 mai 1844, rapporte une anecdote très-curieuse sur le charlatanisme effronté des mdaouï arabes. « Un chirurgien français est appelé un jour à extraire une balle de la jambe d'un Arabe blessé depuis longtemps. La balle n'est plus dans les chairs, dit le malade, et cependant je souffre encore; tâche donc de me guérir. Examen fait de la blessure, le médecin reconnaît l'existence de la balle. C'est impossible, dit l'Arabe, je n'ai reçu qu'un coup de feu, et les mdaouï ont extrait déjà six balles de ma plaie; comment donc les Roumi chargent-ils leurs fusils? Et à ces mots, l'Arabe tira de dessous son burnous un papier contenant en effet six balles. Voilà, ajoute-t-il, celle que tel mdaouï a retirée, tel autre a retiré celle-ci, et ainsi de suite. Le Français ne put s'empêcher de sourire. Rien n'est plus vrai, dit le crédule musulman, et je dois m'en souvenir d'autant mieux que l'extraction de chaque balle a été fort douloureuse. Le Français voulut savoir comment les mdaouï s'y étaient pris pour procéder à l'extraction d'une balle sans l'extraire, et voici à peu près la forme la plus usuelle : le mdaouï commence par séquestrer son malade, et le tient à la diète pendant vingt-quatre heures dans un lieu sombre; il applique ensuite, avec beaucoup de solennité, un topique inoffensif autour de la plaie, puis, à l'aide d'un caustique, il occasionne une très-vive douleur. Pendant que le blessé se tord en invoquant la toute-puissance du Dieu clément et l'assistance du prophète, le mdaouï tire de l'une de ses poches une balle noircie, et, la tenant entre ses doigts, comme l'escamoteur fait d'une muscade, il la montre au malade émerveillé. Comme au bout de quelque temps le mal ne fait qu'empirer, l'infortuné va trouver un autre mdaouï, qui, avec des moyens à peu près analogues, recommence l'opération : elle produit inévitablement le même résultat. Le médecin français avait extrait une septième balle, mais celle-ci était la bonne.

Amputations. — Quelle que soit la gravité des blessures des membres, les Arabes ne pratiquent jamais des amputations; les seules personnes amputées qu'on rencontre en Algérie sont des criminels amputés par le chaouss à l'aide d'une hache ou d'un yatagan, le membre étant appuyé sur un billot de bois.

Le pansement consécutif est aussi expéditif que l'amputation elle-même; il s'agit tout simplement de tremper le moignon dans un pot rempli de poix en ébullition; d'autres fois on applique sur la blessure une large pelle rougie au blanc. Faites abstraction du pansement consécutif, vous trouverez que le moyen proposé tout récemment par M. Mayor (1) n'est que la reproduction *fidèle* du procédé employé par l'exécuteur arabe, procédé barbare qu'on a cherché, à des époques différentes, à propager en Europe. Ainsi Léonard Botal avait déjà proposé, pour faire l'amputation, d'appuyer le membre sur une hache bien tranchante et de laisser tomber une autre hache très-volumineuse, rendue plus pesante par des poids en plomb!...

Ce n'est pas la perspective d'une grande souffrance ni les craintes d'un insuccès qui font reculer les Arabes devant les amputations. L'aversion pour cette opération chirurgicale a existé de tout temps chez les musulmans; car un des chirurgiens les plus célèbres parmi les anciens Arabes proscrivait les amputations comme inutiles.

Disposer d'une partie de l'œuvre la plus parfaite de la création, c'est pour les musulmans un sacrilége, une action criminelle devant Dieu. « Après le mémorable combat de la Sikack, dit M. Félix Mornand, dans un article de *la Revue de Paris*, un grand nombre de blessés arabes gisaient sur le champ de bataille. Les chirurgiens militaires ayant d'abord donné leurs soins aux blessés français, vinrent offrir les secours de leur art à ceux du parti de l'émir qui étaient tombés en notre pouvoir. Les deux tiers avaient des plaies ou des fractures graves qui commandaient impérieusement l'amputation. On va te couper le bras ou la jambe, dirent à ces derniers nos officiers de santé. Coupe! répondirent-ils sans sourciller, prenant nos chirurgiens pour des exécuteurs d'ordres impitoyables, à cause de leurs tabliers tachés de sang par les précédents pansements. On s'aperçut de la méprise, et on s'empressa de tirer les pauvres patients d'erreur : garde ta jambe si tu veux, leur dit-on; ce n'est pas pour te faire souffrir, mais uniquement pour te sauver qu'on te propose de la couper. En ce cas je la garde. Mais si

(1) La méthode des amputations ne serait pas la seule que l'honorable chirurgien de Lausanne aurait empruntée aux Arabes; le système de déligation des plaies, que M. Mayor a sans doute perfectionné, est depuis longtemps connu et mis en pratique parmi les indigènes de l'Algérie.

on ne te la coupe pas, tu seras mort demain. Qu'importe ! ce qui est écrit est écrit. Si je dois mourir de ma blessure, je mourrai tel que Dieu m'a fait. Tous, sans exception, firent la même réponse, et on respecta leur volonté. »

Nous pouvons compléter le récit de M. Mornand par des détails inédits plus précis. Sur cent trente prisonniers, dont cent au moins étaient blessés, on en laissa dix à Tlemcen, atteints de blessures mortelles. M. Warnier, qui avait été chargé de soigner les blessés, demanda au maréchal Bugeaud de leur rendre la liberté, et de les faire transporter par deux de ceux qui étaient bien portants dans les douars voisins, afin qu'ils pussent mourir en paix au milieu de leurs frères. M. le maréchal Bugeaud y consentit d'autant plus volontiers qu'on n'avait pas beaucoup de moyens de transport ; mais les Arabes refusèrent, disant qu'ils étaient Arabes, que les douars voisins étaient Kabyles, et que ceux-ci les égorgeraient pour avoir été vaincus ; qu'ils aimaient mieux mourir parmi des hommes qui respectaient leur malheur, qu'entre les mains de ceux qui les insulteraient. On les transporta donc de la Sikack à Tlemcen ; là, on les laissa entre les mains du docteur Laiger, aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital de Sétif, et l'on a su depuis que, sur ces dix hommes réputés blessés mortellement, et qui avaient été abandonnés aux ressources des Arabes, plus de la moitié avaient retrouvé la santé. Quant aux cent autres blessés, ils revinrent à Oran, et pas un seul ne mourut. On leur donna très-peu de soin pendant la route. La plupart avaient plusieurs blessures, coups de sabre, coups de pistolet à brûle pourpoint.

Quoique fondée sur un préjugé, la profonde antipathie qu'ont les indigènes pour ces opérations mérite néanmoins un examen très-sérieux ; et on sera étonné comme nous lorsqu'on verra, par des tableaux statistiques incontestables, que les résultats obtenus par les thebib sont plus heureux que les nôtres. Nous trouvons résumé en quelques lignes, dans un travail de M. Warnier (*Thèse inag.*), la statistique comparative de la pratique indigène et de celle de nos chirurgiens. « Parmi les guerriers arabes qui combattent bravement sous nos drapeaux, un grand nombre serait à l'hôtel des Invalides, s'ils avaient été traités de leurs blessures par nos chirurgiens. Sur 4,000 hommes portant les armes dans la tribu des Douairs, 800 au moins ont été atteints par des balles, et parmi les nombreuses blessures qu'elles ont faites, il y en a eu de très-graves et dont les résultats sont très-curieux pour un chirurgien observateur. Le chiffre de la mortalité, relativement au chiffre des blessés, est moindre chez les Arabes que chez nous. Dans l'armée régulière de l'émir Abd-el-Kader, un tiers au moins de ceux qui

datent de la formation de ce corps ont été victimes de blessures, et cependant ces soldats n'ont ni hôpitaux, ni hôtels, ni retraite. Presque tous ont guéri, et un grand nombre servent encore après avoir été grièvement blessés. »

Nous ne voulons point exagérer l'importance de ce fait; car, tout en admettant le savoir-faire et l'adresse des thebib dans le traitement des blessures d'armes à feu, nous avons la conviction que les circonstances individuelles, l'isolement des blessés, et surtout le climat qui accélère la consolidation et la réunion des parties divisées, contribuent chez les indigènes à la terminaison heureuse de ces maladies. Ajoutons à cela que les complications consécutives des plaies d'armes à feu, telles que l'inflammation, le tétanos et la gangrène sont excessivement rares parmi les blessés arabes.

Si on voulait faire une statistique comparative exacte entre les résultats des amputations pratiquées dans les hôpitaux de Paris et les amputations faites dans les hôpitaux d'Alger, Philippeville, Oran et Constantine, on trouverait également une différence notable en faveur de ces derniers, et pourtant le service de ces hôpitaux est fait par nos chirurgiens; les méthodes opératoires, les pansements et les soins consécutifs des opérations sont à peu près les mêmes que dans les hospices de Paris. Il est donc incontestable que le climat et la position topographique ont une influence salutaire sur les opérations pratiquées par nos chirurgiens et sur des malades européens.

Les conditions de salubrité, le nombre des salles et des étages des hôpitaux nouvellement bâtis en Afrique (1) doivent être également comptés pour quelque chose dans les résultats heureux qu'on obtient dans ces établissements. Il est prouvé aujourd'hui par des recherches statistiques faites dans les différents hôpitaux d'Europe, que les succès des opérations chirurgicales, toutes choses égales d'ailleurs, sont en raison directe du petit nombre des malades contenus dans les salles; ainsi, par exemple, sur dix opérations pratiquées dans une salle contenant 40 malades, dans un vaste hôpital à trois étages, il y aurait moins de résultats heureux que dans un petit hôpital à deux étages et dans une salle qui ne contiendrait que 15 à 20 malades. Un chirurgien distingué de Paris, M. le docteur Thierry, membre du conseil général de la Seine, a pris l'honorable initiative de propager ces idées en France, et d'en proposer l'application à propos du projet de la fondation d'un nouvel hôpital dans la ville de Paris.

(1) Excepté les constructions provisoires, la plupart des hôpitaux bâtis en Afrique n'ont que des salles très-petites comparativement aux salles énormes des hôpitaux de Paris.

Une dernière preuve qui vient à l'appui de ce que nous venons d'émettre, c'est que, même en Afrique, à l'époque des grandes expéditions, lorsque les hôpitaux sont encombrés de blessés, les opérations sont moins heureuses que celles qu'on pratique dans les mêmes établissements sur un très-petit nombre de militaires blessés dans des embuscades ou à la suite de quelques attaques peu importantes. Nous avons pu nous en assurer *de visu* à l'hôpital de Philippeville, dans le service de MM. Valette et Mestre, sur des militaires blessés dans l'attaque du camp d'El-Arouch (mai 1842), et à la suite du soulèvement des tribus kabyles du cercle de Philippeville (affaire du colonel Brice).

En résumé, tout en faisant la part du climat, de l'isolement des blessés, de l'absence de complications consécutives des plaies, etc., il faut avouer avec franchise que la pratique des thebib indigènes, pour ce qui regarde les blessures d'armes à feu, est sous beaucoup de rapports plus rationnelle que la nôtre; et quant aux amputations, il serait à désirer que les chirurgiens de nos grands hôpitaux suivissent la sage réserve des thebib arabes. Chez les Musulmans, l'antipathie pour les amputations est fondée sur leur ignorance, sur une confiance exagérée dans les ressources de la nature, et surtout sur un respect religieux pour la conservation de l'œuvre la plus parfaite du Tout-Puissant; chez nous, elle devrait prendre sa source dans la statistique malheureuse de ces sortes d'opérations.

Dans un travail statistique publié en 1842, M. Malgaigne a prouvé d'une manière incontestable, que sur un grand nombre d'amputations pratiquées dans les hôpitaux de Paris, quelques-unes seulement étaient suivies d'un heureux résultat. Ce mémoire est remarquable sous le rapport de l'exactitude avec laquelle l'auteur a indiqué l'influence comparative de l'âge, du sexe, des saisons, des localités et des conditions de l'opérateur et de l'opéré, sur la mortalité après les amputations.

Le mémoire de M. Malgaigne commence déjà à porter ses fruits dans la capitale, car on fait moins d'amputations depuis deux ans; espérons que la pratique et la sage réserve des thebib arabes seront prises en considération par nos chirurgiens de l'armée.

FURNARI.



CHIMIE ET PHARMACIE.

MOYEN DE RECONNAITRE LA FALSIFICATION DES ESSENCES.

Le mélange de diverses huiles essentielles avec l'essence de térébenthine se fait journellement dans le commerce, sans que l'on connaisse un procédé capable de faire découvrir la fraude avec assurance; l'odorat et les diverses réactions chimiques ont été jusqu'ici impuissants. Ce sont les essences de marjolaine, de lavande, d'aspic, de sauge, de thym, de romarin, d'absinthe et de menthe poivrée qui sont le plus sujettes à être fraudées ainsi.

En 1838, M. Méro, distillateur à Grasse, est arrivé à trouver un moyen propre à constater la présence de l'essence de térébenthine, basé sur ce que cette essence dissout les huiles avec une grande facilité, ce que ne font pas les autres essences désignées ci-dessus. Il pensa alors qu'il serait possible d'indiquer la présence de l'essence de térébenthine mélangée avec les essences pures dont l'odeur forte masque celle de la térébenthine.

Après un grand nombre d'essais, il acquit la certitude que l'huile d'œillette était préférable, en raison de ce qu'elle a toujours la même consistance. En effet, c'est elle qui a donné les résultats les plus exacts pour reconnaître la présence de l'essence de térébenthine, en de faibles proportions, avec les essences ci-dessus nommées.

On prend trois grammes environ d'huile d'œillette que l'on met dans un tube gradué; on ajoute une quantité égale de l'essence à essayer; on agite le mélange, qui doit devenir d'un blanc laiteux si l'essence est pure, tandis qu'il reste transparent s'il y a de l'essence de térébenthine.

On peut s'assurer de la valeur du procédé en essayant d'abord une essence pure, ensuite de l'essence de térébenthine; si l'essence est ensuite mêlée avec de l'essence de térébenthine, même dans d'assez faibles proportions pour que le commerce puisse trouver encore quelque avantage à mélanger, on observe qu'elle se comporte comme l'essence de térébenthine elle-même, c'est-à-dire que le mélange ne se trouble pas.

Pour faire cette expérience avec succès, il faut que le mélange des deux essences soit bien intime. Pour cela, voici le moyen qu'emploie le commerce : l'on prend l'essence pure, ensuite la quantité d'essence de térébenthine que l'on veut y ajouter; on les place dans un bassin à

bain-marie ou dans une capsule, l'on chauffe jusqu'à ce que le mélange, qui est d'abord trouble, devienne transparent.

Le mélange qui se fait en mettant l'essence de térébenthine lorsque l'on distille les plantes, se reconnaît de la même manière.

Il est à regretter que le procédé de M. Méro ne s'applique pas d'une manière générale. Il n'est pas propre à faire retrouver l'essence de térébenthine dans les huiles essentielles de thym et de romarin. Ce n'en est pas moins une heureuse acquisition, puisqu'il met à même de reconnaître la fraude pour quelques huiles essentielles des plus usitées.

UN MOT SUR LA MAGNÉSIE CALCINÉE LOURDE.

Depuis près d'un demi-siècle MM. Henry, de Manchester, préparent une magnésie calcinée lourde, dont la consommation est immense malgré son prix très-élevé. Voici la manière dont procède M. Colas pour obtenir ce produit dans les laboratoires de pharmacie.

On fait une pâte très-ferme en mouillant du carbonate de magnésie pulvérisé. Cette pâte doit être bien battue, afin d'employer le moins d'eau possible ; puis on la fait sécher à l'étuve, et on la calcine après l'avoir fortement tassée dans le creuset. Elle prend encore du retrait par la calcination.

On peut aussi remplir le creuset avec la pâte non séchée, et mettre le tout à l'étuve, afin de ne calciner qu'après la dessiccation.

M. Colas a constaté qu'il faut moins de temps et de chaleur pour calciner la magnésie ainsi préparée, que pour la calcination de la magnésie ordinaire. Il a aussi constaté que sa magnésie lourde ne s'hydrate pas même après avoir séjourné pendant vingt-quatre heures dans l'eau froide. Celles de Henry et de Howard ne s'hydratent pas davantage ; de même elle est moins soluble dans les acides et est beaucoup moins apte à condenser l'acide carbonique quand on l'expose à l'action de l'air (1).

NOUVEAU MOYEN DE CONSTATER LA PRÉSENCE DES TACHES DE SANG.

Il arrive souvent que des taches de sang qui se trouvent sur des tissus perdent la propriété de se dissoudre dans l'eau ; on ne peut

(1) Quoi qu'il en soit de ce procédé, la magnésie légère, plus facilement soluble dans les acides, nous paraît devoir être préférée à celle-ci, qui n'a d'autre avantage que d'être moins volumineuse, car la magnésie légère comprimée avec un peu d'eau et desséchée ensuite avec soin, acquiert la même pesanteur spécifique. (*Note du rédacteur.*)

plus, pour les caractériser, avoir recours à la marche indiquée dans les ouvrages de médecine légale. M. Persoz a employé à cet effet l'acide hypo-chloreux (1) de Ballard, pour reconnaître ces taches sur une blouse souillée de nombreuses taches de vin. Cet acide, à l'exception des taches causées par le sang et la rouille, a détruit immédiatement toutes les autres taches.

Pour savoir si les taches qui ont résisté à l'action de l'acide hypo-chloreux étaient produites par la rouille ou par le sang, il les a traitées par un mélange de chloride-hydrique et de chlorure stanneux, lequel mélange blanchit les taches de rouille, et laisse intactes celles occasionnées par le sang.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PNEUMONIE ATAXIQUE AVEC DÉLIRE ET SON TRAITEMENT PAR LE MUSC.

Je viens de lire dans le numéro de janvier 1845 du ***Bulletin de Thérapeutique***, l'histoire d'une péripneumonie qui s'accompagna de délire pendant son cours, et se termina au huitième jour d'une manière funeste. La maladie existait depuis cinq jours, lorsque le sujet de cette observation fut conduit à l'hôpital, en proie à un violent délire qui ne lui permit pas de rendre compte de son état. Une pneumonie à droite ayant été constatée, on prescrivit plusieurs saignées sans obtenir aucun amendement. La mort arriva le troisième jour de l'entrée du malade. Le délire persista jusqu'à la fin, ainsi que les signes de la pneumonie; le pouls offrait un développement fort médiocre.

A ce fait ont été ajoutées les réflexions suivantes :

« Le délire, bien plus que la pneumonie, devait être une source d'indications après l'insuccès des saignées, et nous croyons, après un examen attentif des différents éléments que présente ce fait, que l'usage du *musc* eût probablement enrayé le délire qui a entravé et compromis la marche de la maladie...., etc. »

C'est dans le but, monsieur le rédacteur, d'appuyer votre opinion et d'insister sur un point de thérapeutique d'un haut intérêt, que je prends la liberté de vous écrire.

Oui certes, il est des péripneumonies dans lesquelles l'inflammation

(1) L'acide hypo-chloreux employé pour ces opérations est le produit brut de l'action du chlore sur l'oxyde mercurique en suspension dans l'eau.

pulmonaire ne tient, pour ainsi parler, que le second rang, et se trouve dominée par un élément supérieur, *l'élément nerveux*. En effet, la doctrine *des éléments*, développée par les médecins de l'école de Montpellier, est ici éminemment applicable. Le délire, forme que revêtent dans ces cas les phénomènes nerveux, se présente, comme l'ont parfaitement signalé MM. Récamier, Trousseau et Pidoux, sous un aspect particulier. Dans le plus grand nombre des cas, il est violent, il s'accompagne de vociférations incohérentes, d'actes désordonnés; en un mot, il ressemble au délire de la folie. Les traits portent l'empreinte de la frayeur ou d'une vive préoccupation, le malade ne garde pas un instant de repos, il tend incessamment à fuir, le sommeil l'a abandonné, la salle dans laquelle il est placé est troublée par ses menaces et par ses cris. Le plus ordinairement on se trouve dans la nécessité de lui mettre la camisole de force. Pendant ce temps le pouls est faible, petit, fréquent, quelquefois irrégulier. Les signes généraux et locaux de l'affection pulmonaire subissent peu de changements; l'auscultation annonce en général un état stationnaire. Ce n'est donc pas dans l'extension ou la plus grande intensité de la phlegmasie que réside le danger. Et bien, dans ces cas, comme vous l'avez dit, et comme l'avaient établi Sarcone, M. Récamier et plusieurs observateurs de nos jours, le musc *fait merveille*. Et ce dernier mot, monsieur le rédacteur, n'est point une exagération, ce médicament devenant alors, à notre sens, *véritablement héroïque*. Si le diagnostic est exact, si l'on n'a pas pris pour ce *délire ataxique* que j'essayais de décrire tout à l'heure, un *subdelirium* sans caractère, lequel se montre lors de la terminaison fatale de certaines pneumonies, ou bien le délire qui, joint à d'autres symptômes caractéristiques, annonce l'existence d'une méningite cérébrale, l'art est à peu près certain de triompher des symptômes menaçants qui viennent d'apparaître. Je suis aujourd'hui tellement convaincu de ce que je viens d'avancer, que dans ma clinique il m'est arrivé plusieurs fois d'indiquer aux élèves les effets immédiats et les conséquences ultérieures qui allaient suivre l'emploi du *musc*. En effet, alors qu'une dose un peu forte du médicament, 1 gramme et plus, a été administrée, l'agitation devient moins grande, le délire s'apaise, les paupières supérieures s'abaissent, des bâillements et des pandiculations se montrent; le malade paraît sous l'influence d'un besoin impérieux de sommeil auquel il s'efforce en vain de résister. Ce sommeil ne tarde pas à survenir, il se prolonge plusieurs heures, et, pendant ce temps, le pouls se ralentit, se relève, une sueur générale se montre, et au réveil la connaissance reparaît. Si le délire se reproduit, ce n'est plus que par intervalles, et pour cesser enfin complétement. Mais, quoique ayant recouvré la con-

naissance, le malade demeure quelquefois dans une sorte d'engourdissement qui persiste pendant plusieurs jours. Les sens sont, pour ainsi dire, émoussés, l'ouïe, la vue, le toucher ne donnent que des perceptions confuses, et les réponses, quoique justes, ressemblent à celles que l'on obtient au moment du réveil. Cependant, les symptômes locaux de la péripneumonie, qui jusque-là étaient restés stationnaires, changent immédiatement. La résolution de la phlegmasie, brusquement suspendue par le trouble profond survenu dans l'économie, reprend sa marche, et l'auscultation et la percussion annoncent que le parenchyme pulmonaire devient perméable à l'air.

Les pneumonies ataxiques ne sont pas très-communes; de là probablement l'étonnement dans lequel elles jettent les praticiens, et des erreurs de diagnostic de la part d'hommes éminents. Les occasions de donner le *musc* comme médicament spécial ne se présentent donc pas aussi souvent qu'on le pense. Ici, je ne parle en effet que des cas où ce médicament produit des effets évidents et que ne peuvent contester les esprits les plus sceptiques. Je laisse à part, actuellement, certaines maladies aiguës, et surtout de nombreuses affections chroniques, où le musc a été préconisé. Là, de nouvelles recherches sont nécessaires, et le doute est légitime. Aussi le musc est-il au nombre de ces remèdes que tel praticien emploie, que tel autre dédaigne, suivant leurs opinions diverses et le genre de leurs études; mais il n'en peut être ainsi dans la maladie qui nous occupe. Je vous disais que la péripneumonie ataxique ne me paraissait pas très-commune; ainsi, dans un service de plus de quarante lits, où le mouvement est considérable, je ne compte guère qu'une à deux maladies de ce genre chaque année. Encore s'écoule-t-il quelquefois un plus long temps avant qu'il se présente de pareils cas dans mon service. Je ne donne donc que rarement le musc, et seulement dans la circonstance mentionnée, doutant encore de ses avantages dans plusieurs autres affections morbides.

J'ajoute enfin que, pendant la marche des *pneumonies avec délire*, des complications se sont quelquefois montrées et ont apporté un obstacle invincible aux bons effets du musc. Deux faits semblables, que je ne puis rapporter ici dans leurs détails, et qui ont été observés dans ma cliniqu en 1841 et 1844, furent surtout très-remarquables. Indépendamment de l'hépatisation du poumon constatée par l'autopsie, on trouva chez l'un et l'autre des traces de péricardite aiguë, et de plus chez l'un d'eux se montrèrent des symptômes propres à la méningite cérébrale. Or, chez ces deux sujets le délire qui survint pendant la durée de la péripneumonie présenta les caractères indiqués, et céda complétement au musc qui fut donné à haute dose. Ce ne fut que secondairement qu'une phase

nouvelle advint, et que des symptômes d'une autre nature se développèrent et entraînèrent la mort des malades. Dans l'un de ces cas, la péricardite fut méconnue; dans l'autre, une angoisse remarquable, des intermittences très-grandes du pouls, furent les seuls signes qui la firent soupçonner.

Au reste, ces faits sont d'un ordre à part, et ne peuvent en aucune manière infirmer la valeur de ceux que possède aujourd'hui la science. Ces derniers sont connus, et chaque jour leur nombre s'accroît. En 1839, dans le septième volume du Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, nous publiâmes nous-mêmes une observation de ce genre. La péripneumonie s'était développée sous l'influence d'une température froide, agissant pendant la nuit sur un jeune militaire montant la garde. Elle était parvenue au neuvième jour sans changement notable. Le traitement le plus énergique avait été mis en usage; huit saignées avaient été successivement pratiquées, trente sangsues avaient été apposées sur le thorax et plus tard deux vésicatoires; le kermès avait été également administré. Après plusieurs améliorations apparentes et passagères, un délire violent s'empara tout à coup du malade, le pouls devint petit, faible, fréquent (115 par minute), la respiration était fréquente (40 respirations par minute), les signes locaux de la pneumonie persistaient, la face était profondément altérée, les traits grippés, le délire tel, qu'il fallut attacher le malade afin de l'empêcher de sortir de son lit. Dans cet état de choses, le musc est administré en pilules, à la dose de 5 centigrammes par heure. Quarante centigrammes avaient été donnés, et déjà le délire avait notablement diminué, le pouls avait perdu de sa fréquence. La nuit suivante, pendant laquelle on continua le musc, un sommeil calme survint. Le deuxième jour, après l'administration d'un gramme de ce médicament, la convalescence commençait, et pendant ce temps, les signes fournis par l'auscultation annonçaient une solution franche de la pneumonie.

Le 13 mai 1844, M. Botte, élève interne de l'Hôtel-Dieu de Nantes, prit pour sujet de sa thèse inaugurale, la *Pneumonie ataxique*. Dans le cours de son travail, il rapporte plusieurs observations recueillies dans les divers services de l'hôpital, et particulièrement dans les salles de clinique. Deux d'entre elles me paraissent très-propres à démontrer l'efficacité incontestable du musc; elles ont été rédigées sous ma direction.

Un malade entre à l'Hôtel-Dieu au cinquième jour d'une péripneumonie pour laquelle deux saignées et une application de sangsues avaient été faites. Au troisième jour, il est pris d'un délire furieux qui oblige à l'attacher, et c'est dans cet état qu'on le conduit à l'hôpital.

Dans la journée, après une troisième saignée et l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz, les symptômes s'aggravent au plus haut point, les yeux deviennent hagards et brillants, l'expression de la physionomie menaçante; la camisole de force est mise afin d'empêcher le malade de sortir de son lit. Les forces s'affaiblissent, la langue et les lèvres s'encroûtent, le pouls est fréquent, concentré, dépressible, la vessie est distendue par les urines, ce qui oblige à pratiquer le cathétérisme. Pendant tout cela, l'auscultation fait entendre en arrière et à gauche du râle crépitant, du souffle bronchique et de la bronchophonie; les crachats sont péripneumoniques. C'est au milieu de ce cortége effrayant de symptômes que le musc est prescrit à haute dose, et qu'à dater de trente heures (en comptant de l'instant où commence son administration), des bâillements et des pandiculations suivis bientôt d'un sommeil paisible avec une douce moiteur de la peau, annoncent le commencement de l'amélioration. Le lendemain, quelques vestiges de délire se montrent encore, mais ne tardent pas à s'effacer complétement. Le pouls perd de sa fréquence, les signes de la résolution se prononcent, et cinq jours après, la convalescence est déclarée.

Un autre malade entre à l'hôpital le septième jour d'une péripneumonie, après avoir été saigné trois fois et avoir eu quinze sangsues sur le côté douloureux. Les signes stéthoscopiques de la pneumonie furent constatés, et deux nouvelles saignées furent pratiquées le lendemain de son entrée. Le surlendemain, le délire se déclare subitement et s'accompagne pendant quelques instants d'une sorte de stupeur cataleptiforme. La connaissance est entièrement perdue, les yeux immobiles semblent fixés sur un objet qui serait placé en face du malade. Les pupilles sont contractées, la déglutition difficile, le pouls très-fréquent (124 pulsations par minute) et très-dépressible. Au moment de la visite, cet état fait place tout à coup à un violent accès de délire avec tendance à fuir et à saisir les personnes qui l'approchent. Eh bien, cette fois encore, après l'administration d'un gramme de musc, le délire est remplacé par une sorte d'engourdissement profond, le pouls est souple, de moyenne consistance, moins fréquent (il ne bat plus que 92 fois par minute). Un frisson sans cause connue survient au milieu du jour, et est suivi du retour du délire. Un gramme de musc est prescrit de nouveau, et, après une nuit calme et un sommeil réparateur, l'intelligence le lendemain est parfaite. Les signes de résolution de la phlegmasie sont bientôt manifestes, l'appétit se fait sentir, le malade entre en convalescence.

Ainsi, dans certaines pneumonies, il peut surgir tout à coup de nouveaux éléments morbides de nature à entraver la solution de la phlegmasie, et à menacer essentiellement la vie. Dans ces cas, des médica-

tions appropriées doivent être substituées au traitement habituel. Or, la pneumonie ataxique ou délirante est de ce genre. Et, de même que dans les fièvres pernicieuses, bien qu'accompagnées de phlegmasies, *le sulfate de quinine* est la médication fondamentale, parce qu'un élément spécial domine ici toute l'affection ; de même *le musc* est le médicament héroïque auquel il faut promptement avoir recours dans les pneumonies ataxiques avec délire. Peut-être qu'aujourd'hui il devient nécessaire de rappeler souvent ces vérités, bases d'une *thérapeutique* qui mérite plus que toute autre le titre de *rationnelle.* Les doctrines d'un organicisme exclusif nous ont tellement fascinés, que nous avons encore quelque peine à comprendre comment des symptômes cérébraux fort intenses (tels que ceux que nous avons indiqués dans cet article) peuvent exister sans qu'il y ait de méningite, et comment, par conséquent, un traitement autre que le traitement antiphlogistique pourrait convenir dans ces cas. Il en est de même dans beaucoup d'autres maladies. Et cependant, la véritable médecine, enrichie des découvertes modernes, tend chaque jour à reprendre la voie qu'elle avait abandonnée, et à étudier les affections morbides par *l'observation clinique avant tout*, et non plus seulement par *l'anatomie pathologique.*

THIBEAUD, D. M.,
Professeur de clinique médicale à l'école
préparatoire de Médecine de Nantes.

OBSERVATION D'UNE HERNIE DE L'OVAIRE DROIT ÉTRANGLÉE. OPÉRATION, GUÉRISON.

Le 24 juillet 1841, j'étais alors chirurgien-major de l'escadre du Brésil, je fus appelé chez madame C....., Française, demeurant à Rio-Janeiro (Brésil). A mon arrivée, je constatai ce qui suit : madame C..... était couchée sur le dos, ses souffrances étaient violentes et continues, le facies était crispé, la peau sèche, le pouls très-petit et fréquent, la langue était blanchâtre et humide. L'abdomen, très-volumineux, était tympanisé, très-douloureux à la moindre pression dans toute sa surface, mais spécialement vers l'ombilic, siége de tiraillements incessants. L'excrétion urinaire était nulle; celle des matières stercorales existait à peine. Il y avait de fréquents vomissements de matières muqueuses et quelquefois bilieuses. La moindre quantité de boisson ingérée dans l'estomac était aussitôt vomie. Il n'y avait point de traces de matières fécales dans les vomissements. La veille, il y avait eu une légère évacuation alvine à la suite de plusieurs lavements purgatifs.

L'abdomen présentait un grand nombre de piqûres de sangsues ainsi que les traces de l'application de ventouses sèches faite récemment. En l'examinant avec soin, je trouvai une tumeur ovoïde, de la grosseur du poing, située dans le pli de l'aine du côté droit, au-dessus du ligament de Fallope et dirigée dans le sens de ce pli. La base de cette tumeur présentait une surface de 10 à 12 centimètres dans son grand diamètre. Il y avait un peu de résistance, sans changement de couleur à la peau. La pression ne causait point une vive douleur ; elle était, sans doute, rendue obscure par celle de l'abdomen. Tout en examinant, j'essayai de réduire et je réduisis en effet, après plusieurs tentatives, la tumeur de moitié, mais il me fut impossible d'aller plus loin ; à ce point de volume, la tumeur était plus douloureuse. Peu d'instants après que j'eus cessé le taxis, la tumeur revint à son premier volume ; ce fait me frappa, mais je ne pus me l'expliquer. Plus bas, on verra à quoi il tenait.

D'après les données précédentes, je formulai le diagnostic suivant : hernie formée par l'épiploon, ou *peut-être* par l'ovaire, contenue dans le canal inguinal et étranglée intérieurement. Ceci se passait le matin ; le soir du même jour, j'eus une conférence avec M. le docteur Faivre, médecin de la maison, praticien qui jouit à Rio-Janeiro d'une réputation bien méritée, tant sous le rapport du savoir que sous celui des qualités du cœur. Il me dit que madame C.... avait eu une dyssenterie intense, il y avait dix-huit mois ou deux ans, et que depuis fort longtemps elle avait beaucoup maigri et ne se portait pas bien ; qu'à une certaine époque, déjà éloignée, il lui avait conseillé de porter un bandage pour contenir une tumeur peu volumineuse survenue dans le pli de l'aine, mais qu'il ne savait pas si la tumeur avait jamais été bien réduite ; que, du reste, comme la malade n'en était point incommodée, elle y faisait elle-même peu attention et négligeait de porter son bandage. Il me dit aussi que cette tumeur avait augmenté à plusieurs reprises, que même, une ou deux fois, madame C..... avait éprouvé quelques symptômes analogues à ceux existants, mais beaucoup moins prononcés, et que des moyens assez simples avaient toujours suffi pour les faire disparaître. Enfin, mon honorable confrère ajouta que, le jeudi 22 du présent mois, madame C..... avait été en proie à des symptômes si alarmants qu'il les avait considérés comme déterminés par une hernie étranglée, et que, depuis lors, il avait employé inutilement le taxis, les saignées générales et locales, les ventouses sèches, les lavements purgatifs, le calomel, les bains, etc.

A ces renseignements j'ajouterai que madame C....., lorsque je la vis, avait environ cinquante ans, qu'elle était très-amaigrie ; qu'elle était mère de plusieurs enfants et qu'elle était encore bien réglée.

M. le docteur Faivre et moi nous fûmes d'accord sur le cas pathologique et nous résolûmes d'essayer encore l'emploi des moyens que l'art possède pour obtenir la réduction.

Le 26, je fus appelé de nouveau. Je trouvai les symptômes tellement aggravés que je conseillai l'opération immédiate. On voulut temporiser.

Le 27, l'état était le même. Dans la nuit on vint me chercher en toute hâte; je trouvai madame C..... dans un état déplorable. Le pouls se faisait à peine sentir, les vomissements étaient incessants, la tympanite était excessive, les pieds étaient froids, etc. ; je conseillai d'opérer, mais on s'arrêta au parti de réunir plusieurs médecins en consultation, afin que la famille fût parfaitement éclairée. A cinq heures du matin, il y eut une réunion consultative; l'opération fut jugée indispensable. La famille m'ayant fait de vives instances, je pratiquai l'opération, en présence de quatre docteurs, de la manière suivante :

1° J'incisai les téguments dans le sens du grand diamètre de la tumeur, dans l'étendue de 12 centimères;

2° Je divisai les tissus graisseux qui, dans quelques endroits, avaient au moins un centimètre d'épaisseur;

3° Je fis la section des muscles. Une artériole donna du sang, j'en fis la torsion;

4° J'incisai le sac (il avait une épaisseur extraordinaire de 3 à 4 millimètres au moins dans quelques points), couche par couche, avec beaucoup de précaution. Aussitôt que j'eus pratiqué une petite ouverture, plusieurs hectogrammes de sérosité s'échappèrent avec force, circonstance qui causa un peu d'émoi parmi les personnes de la réunion. Au moyen de la sonde cannelée, introduite par la petite ouverture dont j'ai parlé, j'incisai le sac largement en haut et en bas, et, alors, au fond de la plaie, je reconnus l'ovaire engagé dans l'anneau interne et étranglé. Il formait une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, sa couleur était d'un rouge très-foncé tirant sur le violet. A l'aide d'un bistouri boutonné, je débridai l'anneau interne dans deux endroits, mais quand je voulus opérer la réduction, je reconnus une adhérence en haut et en dedans; je détruisis cette dernière avec l'ongle, après quoi, je réduisis facilement l'ovaire (1). Comme le sac était très-épais, granulé, et tellement distendu que ses débris auraient formé une poche très-nuisible pour la guérison, je me déterminai à en retrancher deux

(1) La sortie de la sérosité à l'ouverture du sac et la présence de l'ovaire adhérant expliquent parfaitement pourquoi la tumeur était réductible et pourquoi elle ne l'était que jusqu'à un certain point. Du reste, il est à noter qu'on n'arrivait pas toujours à la réduction, il fallait, pour cela, que le taxis fût fait d'une certaine manière et dans certaine mesure.

rubans larges de 10 à 12 millimètres et longs de 70 millimètres environ. Je laissai la malade sans pansement pendant une heure; au bout de ce temps, je fis le pansement des plaies qui suppurent, n'employant du reste que le linge fenêtré et la charpie mollette. A peine l'heure écoulée, les douleurs étaient moindres, le pouls était meilleur, les vomissements avaient disparu. Lorsqu'on porta madame C..... dans son lit, elle eut une évacuation alvine et une excrétion urinaire abondantes qui lui apportèrent un grand soulagement.

Le 28 et le 29 juillet, le bien se soutint. Le 30 et le 31, il y eut deux accès de fièvre intermittente que je combattis avantageusement par le sulfate de quinine uni à l'opium; au bout de quarante jours, la guérison était complète. J'ai vu madame C..... au mois de mai 1844 pour la dernière fois; elle avait un embonpoint considérable et elle jouissait d'une santé parfaite.

Cette observation me semble permettre de proposer les conclusions pratiques suivantes :

1° Que l'ovaire peut être comprimé et même étranglé depuis un temps assez prolongé, sans danger prochain pour la malade;

2° Que l'inflammation partielle du péritoine terminée par l'épaississement, l'induration, et même par une espèce d'altération des tissus intimes de cette membrane, n'occasionne pas toujours la mort;

3° Que des portions assez considérables de sac herniaire peuvent être retranchées sans inconvénient après la réduction d'une hernie. Dans l'espèce, je suis convaincu qu'il y a eu avantage réel à agir comme je l'ai fait;

4° Que, chez la femme, la diminution d'une tumeur située dans le pli de l'aine, obtenue par le taxis jusqu'à un certain point et sans pouvoir dépasser ce point, jointe à l'accroissement de la dureté de cette tumeur et à une plus grande intensité de la douleur déterminée par le toucher, pourrait être considérée comme un signe de la présence de l'ovaire.

Paris, 1er mars 1845.

NEBOUX, D. M. P.,
Chirurgien major de la marine royale.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de Pathologie cérébrale ou des Maladies du cerveau : nouvelles recherches sur sa structure, ses fonctions, ses altéra-

tions, et sur leur traitement thérapeutique, moral et hygiénique, par Scipion Pinel, *ancien médecin des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.*

Ce titre, assez peu correct dans sa forme, montre combien est étendue, laborieuse, la tâche que M. Scipion Pinel s'est imposée. Aussi bien l'auteur se hâte-t-il de prévenir le lecteur qu'il est loin d'avoir approfondi comme elles mériteraient de l'être, et comme nous ne doutons pas qu'il ne pût le faire, toutes les questions posées dans cet immense programme; son livre va surtout à l'adresse des étudiants ou des hommes livrés d'une manière plus particulière à d'autres branches de l'art de guérir, et il a dû, pour atteindre ce but, ne faire qu'effleurer un certain nombre de ces questions.

Un mot sur chacune des grandes divisions qui composent l'ouvrage de l'ancien médecin de la Salpêtrière et de Bicêtre.

L'anatomie du cerveau nous a semblé généralement traitée d'une manière judicieuse. L'auteur n'arrive point ici, comme tant d'autres, avec une théorie nouvelle de la structure intime de cet organe. Son travail est surtout critique, et dégage bien ce qu'il y a de positif, de constaté dans cette difficile question, de toutes les fantaisies qu'y a mêlées l'imagination. Il en est de même en ce qui touche à la physiologie de cet organe. On sait combien sont controversées toutes les théories dans lesquelles on se propose de localiser les diverses manifestations de l'organe cérébral; l'auteur lie partout ce procédé avec une critique judicieuse, et est arrivé aux conclusions qui nous paraissent en général les plus conformes à la vérité.

Mais c'est surtout la pathologie cérébrale qui forme le fond de ce travail, et M. Pinel l'a traitée avec beaucoup plus de développement que les deux questions précédentes. Pour ce qui est de la thérapeutique enfin, l'auteur n'est point exclusif comme tant d'autres, il préconise les diverses méthodes dont l'expérience a tour à tour démontré l'utilité; c'est ainsi qu'il passe en revue la valeur des saignées, des révulsifs cutanés et intestinaux, des bains, des nombreux médicaments internes, le traitement moral dont il est grand partisan, l'isolement, etc. Il s'efforce, dans l'appréciation de ces nombreuses méthodes thérapeutiques, de déterminer leur mode d'influence, et d'en varier les applications suivant la forme d'aliénation qu'il s'agit de combattre. Parmi ces moyens, il en est un que l'auteur vante singulièrement dans les cas de délire chronique, qu'on laisse si souvent devenir incurable faute d'agir d'une manière suffisamment énergique. Ce moyen, que nous ne croyons pas avoir été indiqué, c'est la commotion violente provoquée par le mal de

mer. Il cite le fait d'un étudiant devenu fou, et qui ayant éprouvé le mal de mer dans toute sa force, dans la traversée de l'Océan, arriva dans sa famille radicalement guéri. Le livre de M. Pinel est ainsi semé de faits de pratique fort importants, qui ajouteront encore à sa valeur réelle.

Du climat et des maladies du Brésil, par J. Sigaud, *D. M.*, *médecin de l'empereur Don Pedro II*, *membre titulaire de l'Académie impériale de médecine de Rio-Janeiro*, etc.

M. Louis a développé naguère devant l'Académie royale de médecine les avantages qui résulteraient pour la science de la création des médecins voyageurs. Cette idée, juste en elle-même, devra triompher de bien des obstacles avant d'être réalisée : nous doutons, pour notre compte, que jamais le gouvernement, qui se montre si parcimonieux envers les sciences en général et envers la médecine en particulier, consente jamais à faire les fonds nécessaires pour établir cette utile institution. Dans cet état de choses, les livres de la nature de celui que vient de publier M. le docteur Sigaud n'en acquièrent qu'une importance plus grande, car ils suppléent, au moins dans le cercle qu'ils embrassent, à l'absence de l'institution que nous venons de rappeler.

L'ouvrage de M. Sigaud se divise en quatre sections : dans la première, il traite du climat du Brésil ; dans la seconde, de la géographie médicale proprement dite ; la troisième comprend la pathologie intertropicale ; la quatrième enfin est une étude de la statistique de cette partie de l'Amérique, envisagée surtout au point de vue de la médecine. Nous n'avons rien rencontré dans la première et la seconde de ces sections, qui ne se trouvât consigné avec plus de développements dans plusieurs ouvrages dont la réputation est depuis longtemps établie ; mais il n'en est pas de même des recherches de l'auteur qui sont relatives à la pathologie et à la statistique médicale : là partout M. Sigaud a comblé de nombreuses lacunes, et son livre, sous ce rapport, offre un réel intérêt. Nous avons surtout distingué dans cette partie de l'ouvrage du médecin de Don Pedro, les remarques qu'il fait sur une forme particulière de dyssenterie, qu'il appelle *spasmodique*. Lind l'avait déjà signalée sous le nom de mal de ventre sec, et il la combattait par diverses substances appartenant à la classe des excitants. Bien que cette forme morbide paraisse plus particulière aux régions inter-tropicales qu'aux autres régions, nous croyons cependant avoir observé quelque chose de fort approchant au moins, dans quelques épidémies de dyssenterie en France.

Les fièvres intermittentes, la phthisie sont encore, dans la publication dont il s'agit, l'objet de remarques intéressantes. Il paraît que longtemps avant que l'on connût, même parmi nous, la vertu fébrifuge de l'arsenic, on l'employait au Brésil pour combattre les fièvres intermittentes. Celles-ci, d'ailleurs, s'y montrent parfois sous les formes les plus graves, et spécialement la forme algide.

Enfin nous signalerons encore ce que dit l'auteur sur l'éléphantiasis, et sur l'expérience à laquelle assistèrent plusieurs médecins, et qui consista en ce qu'un malheureux, atteint de cette maladie, se fit piquer par un serpent à sonnettes, dans la vue d'obtenir sa guérison; les détails de cette épouvantable expérimentation font frémir.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Epidémie d'érysipèles dans les hôpitaux de Paris. — Les chirurgiens des hôpitaux de Paris ont eu de nombreuses occasions d'observer des épidémies d'érysipèle; cependant, depuis deux ans, il n'en n'avait pas été question. Dans ce moment une de ces épidémies règne dans plusieurs hôpitaux de Paris. A l'hôpital de la Pitié, le service de M. Lisfranc est encombré d'érysipélateux; sur 198 malades, 25 sont atteints d'érysipèle survenu à l'hôpital et à l'occasion d'opérations qui ont été pratiquées sur eux. M. Lisfranc n'a jamais vu d'épidémie plus générale et plus intense. Six femmes sur lesquelles il a eu à pratiquer l'ablation du sein ont été toutes les six frappées d'érysipèle et des conséquences qu'il entraîne dans ces cas, la fièvre, le décollement et le roulement des lambeaux. Une simple ligature d'hémorrhoïdes a déterminé chez un malade un érysipèle très-grave qui a envahi de proche en proche tout le dos, et remonté jusqu'à la nuque. Ce malade est en danger. La maladie s'est développée aussi chez des malades entrés à l'hôpital par suite d'accidents de voitures, de chutes, etc. Une simple application de sangsues, la plus mince opération, l'incision la plus légère, suffisent pour faire faire explosion à la maladie. Quelques-uns de ces érysipèles sont fort graves, et ont une tendance à se terminer par un état typhoïde; cependant on n'a eu encore à déplorer la mort d'aucun malade. Il paraît que la même influence épidémique se fait sentir également dans les services de médecine; à l'hôpital Beaujon, M. Martin Solon a aussi plusieurs érysipélateux en traitement.

En présence d'une épidémie semblable, les chirurgiens qui voient plus loin que leur bistouri, qui se laissent conduire par les idées géné-

rales et les principes de grande observation reconnus par nos prédécesseurs, admettront dans ce fait l'existence incontestable d'une constitution médicale particulière qui doit nécessairement influer sur leur manière d'agir. Dans ces circonstances la chirurgie agissante doit rigoureusement s'abstenir; le chirurgien prudent ne doit consentir à pratiquer que les opérations d'urgence, et attendre la fin d'une constitution épidémique qui apporte une complication si grave à la chirurgie.

Sur le degré d'efficacité du mercure dans le traitement de la syphilis. — Quand on considère les progrès récents qu'a faits la thérapeutique des affections syphilitiques, il semble qu'il ne reste plus rien à dire sur leur traitement, et que la science est désormais fixée d'une manière définitive sur ce sujet. Cependant il est une question sur laquelle la médecine est encore loin d'avoir dit son dernier mot. Cette question est la suivante : Un traitement mercuriel convenablement dirigé, et appliqué dès le début de la syphilis, est-il apte à prévenir, dans tous les cas, les manifestations successives de cette maladie?

Sur ce point les médecins sont loin d'être d'accord.

Notre intention n'est pas d'énumérer et de discuter les raisons qu'on peut faire valoir, soit en faveur de l'affirmative, soit en faveur de la négative. Un semblable examen nous entraînerait trop loin. Disons seulement que nous nous rangeons à l'opinion de M. Ricord, qui professe que, dans certains cas malheureusement trop nombreux, le traitement mercuriel le plus prolongé et le mieux dirigé n'arrête pas définitivement la marche de la syphilis, et que s'il est propre à empêcher le développement des symptômes secondaires, il ne met pas à l'abri de tous les accidents ultérieurs qui peuvent survenir.

Les faits suivants, recueillis dans le service de M. Ricord, viennent à l'appui de cette manière de voir.

Obs. I. Salle 2, n° 1. — N..., âgé de vingt et un ans, tailleur, est entré à l'hôpital du Midi le 10 janvier 1845. N... contracta, pour la première fois, en 1841, un chancre induré. Quinze jours après l'apparition de ce chancre, il entra dans le service de M. Ricord. A cette époque, il présentait déjà des bubons indolents, non suppurés, et des plaques muqueuses ulcérées à la gorge. Huit jours après son entrée, une roséole syphilitique se manifesta. Le malade fut soumis immédiatement à un traitement par les pilules de protoiodure de mercure. Quarante-six jours après son entrée, les symptômes étant amendés, il demanda à sortir, promettant de continuer, chez lui, le traitement. Mais il prit assez irrégulièrement ses pilules et il se livra d'ailleurs à quelques écarts de régime; aussi, au bout de deux mois, les accidents avaient repris une nouvelle intensité. Le malade rentra à l'hôpital et fut de nouveau soumis au traitement par les pilules de protoiodure, la salsepareille et les bains de Barèges. Ce traitement fut continué pendant *quatre mois*, sans in-

terruption. Après ce séjour de quatre mois à l'hôpital, il sortit complétement guéri.

Trois mois après, il y eut une récidive des accidents secondaires. Le malade rentra de nouveau à l'hôpital, et après un séjour de deux mois, il sortit guéri.

Quatre ou cinq mois après, N... se présenta de nouveau à la consultation de M. Ricord, avec des tubercules syphilitiques ulcérés aux jambes. Il rentra à l'hôpital, et cette fois il fut traité par l'iodure de potassium (3 grammes par jour d'abord, puis 4 grammes). Après un séjour de trois mois, il sortit guéri de ce nouvel accident.

Enfin, deux ans après sa dernière sortie, il lui est survenu un ulcère tertiaire à la gorge, pour lequel il s'est présenté de nouveau à la consultation le 10 janvier 1845. Cet ulcère, d'une étendue considérable, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, occupe toute la paroi postérieure du pharynx, les piliers postérieurs et la face postérieure du voile du palais. Le malade a été de nouveau soumis à l'iodure de potassium (3 grammes, puis 4 grammes par jour). Au bout de trois semaines, l'ulcère était complétement cicatrisé. Le malade est sorti guéri, le 5 février.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. L'administration du mercure, continuée presque sans interruption pendant la première année de la maladie, n'a pas empêché la manifestation successive et rapide (en quatre ans) des symptômes secondaires et tertiaires de la syphilis.

La deuxième observation que nous allons rapporter prouve que le traitement mercuriel administré dès le début peut retarder seulement l'apparition des symptômes secondaires, dans quelques cas, mais non pas l'empêcher.

Obs. II. Salle 4, n° 20. — N..., âgé de trente-neuf ans, est entré à l'hôpital du Midi le 11 février 1845. N... a eu un chancre, il y a quatorze ans. Dès le début, il a été traité par la liqueur de Van Swieten. Il n'en a pris, il est vrai, que pendant quinze jours. Dix-huit mois après, la syphilis constitutionnelle s'est manifestée par les symptômes suivants: alopécie, corona veneris (papules croûteuses sur le front), papules ulcérées autour des ongles suivies de la chute des ongles des pieds et des mains. Le malade a été soumis de nouveau à la liqueur de Van Swieten, et cette fois, le traitement a été continué pendant trois mois.

Pas de nouveaux accidents pendant les neuf années qui ont suivi. Mais, il y a dix mois environ, le malade s'est présenté à la consultation de M. Ricord avec des tubercules ulcérés aux jambes et une périostose du coude suivie de suppuration. Il est entré à l'hôpital, où il a été traité par l'iodure de potassium. Il est sorti complétement guéri au bout de trois mois. Le 11 février 1845, le malade s'est présenté de nouveau à la consultation avec une récidive des tubercules croûteux et ulcérés des jambes, pour lesquels il est encore actuellement soumis au traitement suivant : tisane de saponaire, iodure de potassium 3 grammes par jour ; 1 pilule de proto-iodure chaque matin ; pansement des ulcères avec la solution iodurée.

Ce cas, dans lequel le premier traitement n'a pas été, il est vrai, suf-

fisamment prolongé (quinze jours seulement), prouve néanmoins que le deuxième traitement, qui a duré trois mois et qui a guéri complétement les accidents secondaires, n'a pas prévenu la manifestation des symptômes tertiaires survenus neuf ans après. Cette observation nous montre en outre, comme la première, qu'il en est de l'iodure de potassium comme du mercure. Très-efficace pour combattre les accidents tertiaires, il n'empêche nullement la récidive de ceux qui ont déjà paru ou la production d'autres symptômes.

Il n'est pas rare d'observer des malades chez lesquels les accidents secondaires récidivent une ou plusieurs fois, quoique le traitement mercuriel ait été administré dès le début, et continué longtemps après leur disparition complète. Tel est l'exemple suivant :

Obs. III. Salle 1, n° 28.—N..., âgé de trente-six ans, est entré à l'Hôpital du Midi le 28 janvier 1845. Il contracta un chancre induré, au mois de juin 1844, et il se présenta peu de jours après à la consultation de M. Ricord. On lui prescrivit, dès le début, un traitement par les pilules de protoiodure de mercure et la tisane de saponaire avec le sirop de Cuisinier. Néanmoins, la syphilis constitutionnelle se manifesta un mois après le début du chancre par les symptômes suivants : engorgement des ganglions de l'aine et des ganglions cervicaux, chute des cheveux, roséole. Ces symptômes ne faisant qu'augmenter, le malade entra à l'hôpital au commencement du mois d'août. Il y fit un séjour de deux mois, pendant lequel il fut traité par les moyens suivants : Tisane de saponaire, pilules de protoiodure de mercure, bains de Barèges, fumigations cinabrées. Au bout de deux mois, il sortit, ne présentant plus d'autre symptôme que des macules rougeâtres, traces de l'éruption cutanée, qui avait été très-intense. Cinq semaines après sa sortie, des papules syphilitiques se sont développées dans la paume des mains. Le malade est rentré de nouveau à l'hôpital, et a été soumis au même traitement que la première fois. Au bout de trois semaines, il a demandé à sortir, mais il a continué à prendre des pilules de protoiodure pendant deux mois après sa sortie, quoique tous les symptômes fussent dissipés. Enfin, vers la fin de janvier 1845, sans que le malade eût contracté un nouveau chancre, les accidents secondaires ont récidivé pour la seconde fois, et le malade est rentré pour la troisième fois à l'hôpital du Midi. Il présentait, cette fois, une nouvelle roséole syphilitique et des plaques ulcérées de la gorge. On lui a prescrit : pilules de protoiodure de mercure (2 par jour), gargarismes avec le sublimé, tisane de saponaire. Ce malade est encore en traitement.

On pourrait conclure de cette observation, dans laquelle le mercure, administré dès le début, n'a pas empêché les accidents secondaires, non-seulement de paraître, mais de récidiver, que ce médicament est tout à fait impuissant pour prévenir la syphilis constitutionnelle, et qu'il n'empêche aucune des phases successives de cette maladie de se développer. Une semblable opinion trouverait des partisans. Pour nous, considérant que, d'un autre côté, il y a des faits assez nombreux et in-

contestables qui prouvent qu'un traitement mercuriel, administré dès le début, peut mettre à l'abri des accidents secondaires, nous nous garderons d'embrasser une doctrine si peu consolante, du moins d'une manière absolue. Mais il y a là une difficulté que la médecine n'a pas encore résolue, et qui appelle l'attention des médecins. Les faits que nous venons de publier sont loin de suffire pour la résoudre ; ils nous ont semblé très-propres à la signaler, et c'est à ce titre seulement que nous les publions.

Nous dirons, en résumé : lorsque des symptômes syphilitiques existent, le mercure les guérit ; c'est un fait incontestable. Mais ce médicament, si efficace contre les accidents déjà développés, est-il également propre à prévenir les manifestations successives de la maladie ? Ceci devient sujet à controverse, et, si le mercure a réellement une action préservatrice, il reste à fixer dans quels cas et dans quelles limites cette action s'exerce.

Tumeur encéphaloïde du volume du corps d'un adulte, occupant toute la cuisse gauche. — Amputation du membre près de l'articulation coxo-fémorale. — La femme Brisseau, âgée de trente-huit ans, d'une constitution détériorée, entra à l'hôpital de la Charité le 1er mars 1845. Elle porte une tumeur à la cuisse gauche étendue de l'ischion au jarret. Son volume total est celui du corps d'un adulte. Suivant la malade, il n'y a que quinze mois environ que cette tumeur a commencé à paraître : sa consistance est molle, sans toutefois offrir de la fluctuation ; légèrement bosselée, la peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur : douloureuse seulement depuis qu'une ponction a été faite dans son épaisseur. Cette tumeur occupe les parties molles, et semble s'être développée, à l'exclusion de l'os qui paraît intact, dans le tissu cellulaire interposé aux muscles adducteurs de la cuisse, et qui s'étend de l'ischion à la jambe dans le creux où se trouve le nerf sciatique. La plupart des muscles sont élargis et aplatis, les nerfs et les vaisseaux sont compris dans la tumeur. Malgré toute l'apparente fluctuation de cette tumeur, une ponction faite dans une de ses bosselures n'a donné issue à aucun liquide. Quelles sont les tumeurs qui se développent dans cette région, et sont susceptibles d'y acquérir d'aussi vastes dimensions ? Il n'y a guère que les tumeurs encéphaloïdes et les lipômes. M. Velpeau en a observé de très-volumineux. Il y a dix ans, il en a vu un qui pesait 34 livres. Mais les lipômes ne sont point douloureux, et n'exercent pas sur l'économie une impression fâcheuse comme celle qui résulte de la tumeur dont il s'agit ici. Ajoutons que le développement rapide de la tumeur est un des

caractères propres aux tissus dans lesquels la matière encéphaloïde prédomine. D'ailleurs la ponction a déterminé chez notre malade un ulcère qui ne s'est point fermé, et a revêtu un mauvais caractère. Quel parti prendre pour soustraire le malade à une mort certaine? Il y avait trois indications à suivre : 1° la dissection de la tumeur en conservant le membre, 2° la désarticulation, 3° l'amputation dans la continuité. La première opération n'était pas praticable, en raison de l'impossibilité où se trouverait le chirurgien de conserver les vaisseaux et les nerfs importants compris dans la tumeur. Quant à la désarticulation, M. Velpeau l'a rejetée, à cause, dit-il, des chances de mort dont elle est presque toujours suivie. En conséquence, il s'est décidé à faire l'amputation près de l'articulation coxo-fémorale; mais ayant remarqué qu'en arrière il n'obtiendrait pas assez de peau pour recouvrir l'os qu'on serait obligé de scier au-dessous du trochanter, il a fait une incision des téguments sur la tumeur elle-même, et il a scié le fémur avant de terminer l'opération, pour ensuite énucléer le haut de la masse encéphaloïde. Dix jours après l'opération la malade a succombé à une infection purulente.

Trachéotomie faite avec succès pour un cas d'œdème de la glotte. —Le nommé Sageot, âgé de dix-huit ans, est entré le 1er février 1845 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Puche, pour s'y faire traiter d'une balanoposthite ulcéreuse ; cette maladie était en voie de guérison, lorsque le 23 mars Sageot fut pris d'une esquinancie, légère en apparence, et qui, pendant trois jours, ne donna lieu qu'à un peu de gêne dans la déglutition. Le 27 au matin il y eut un mouvement fébrile, de l'inappétence et refus opiniâtre de manger. Bientôt dyspnée légère qui, le soir, augmenta tout à coup et dans une proportion effrayante, au point qu'il y avait orthopnée. Le malade, assis sur son séant, fait des efforts inouïs pour inspirer l'air qui pénètre avec un sifflement très-bruyant; la voix est presque éteinte et entrecoupée ; l'expiration est facile : à l'inspection de l'arrière-bouche on trouve de la rougeur sur la membrane muqueuse et une légère tuméfaction des amygdales. Le doigt, porté profondément dans le pharynx, trouve, au niveau des replis aryténo-épiglottiques, une tumeur molle, cédant à la pression. On incise cette tumeur avec la pointe d'un bistouri, il ne s'écoule que quelques gouttes de sang qui est rejeté avec la salive. La suffocation devenant de plus en plus imminente, M. Ricord est rappelé à dix heures du soir : trouvant le malade avec la face violacée, les extrémités froides, le pouls très-fréquent, très-petit, et les pupilles énormément dilatées, ce chirurgien, après avoir de nouveau constaté l'existence de la tumeur sus-épiglottique, s'est décidé à pratiquer la trachéotomie. L'incision des voies aériennes a porté sur la

membrane crico-thyroïdienne et sur le cartilage cricoïde ; les lèvres de la plaie ont été tenues écartées au moyen de griffes en fil de fer recourbées en crochet et fixées par un ruban derrière le cou. La respiration s'est immédiatement rétablie, et une heure après le malade dormait paisiblement. Le pouls s'étant relevé trois heures plus tard, M. Ricord prescrivit une application de douze sangsues, six de chaque côté, au niveau des veines jugulaires. Sauf une toux légère, accompagnée de quelques râles sibilants et ronflants, symptômes d'une bronchite modérée avec un mouvement fébrile, le malade n'a éprouvé aucun accident. Le 1 avril, la tumeur sus-épiglottique ne présente plus qu'un volume très-petit, ne gêne plus que très-faiblement la respiration : aussi on retire la canule que le 29 mars on avait substituée aux griffes en fil de fer; le malade s'est beaucoup mieux trouvé ce jour-là après l'extraction de la canule. Les jours suivants l'ouverture faite à la trachée a diminué d'étendue de plus en plus ; la respiration et la déglutition s'opèrent sans douleur et sans aucune gêne, et le 12 avril, le malade est parfaitement guéri.

Sarcocèle syphilitique, guéri par l'iodure de potassium. — Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer d'une manière rigoureuse le sarcocèle syphilitique. Cette affection peut se présenter seule, et on n'a pas, alors, la ressource de l'ensemble des symptômes pour reconnaître la nature de telle ou telle lésion qui, par elle-même, présente quelque obscurité. Le sarcocèle syphilitique n'a pas d'ailleurs, dans tous les cas, des caractères propres tellement tranchés qu'on ne puisse le confondre avec le sarcocèle tuberculeux ou cancéreux, lorsque ces derniers ne sont pas arrivés à la période d'ulcération. En outre, on peut trouver chez un même individu des antécédents de syphilis et de diathèse tuberculeuse. Toutes ces complications, qui peuvent porter une grande obscurité dans le diagnostic, se sont présentées dans l'observation suivante : c'est le traitement qui a jugé la nature de l'affection, c'est l'iodure de potassium qui a guéri le malade. L..., âgé de trente ans, est entré le 24 janvier 1845 dans le service de M. Ricord, salle 2, n° 2. Le père de ce malade a présenté, pendant les dernières années de sa vie, les symptômes d'une maladie du poumon à laquelle il a fini par succomber. Quant au malade, il n'a jamais été atteint d'aucune affection semblable. Comme antécédents vénériens, il a eu quatre blennorrhagies, dont la dernière il y a six ans. En outre, il a contracté, il y a cinq ans, un chancre ayant son siége au frein de la verge, et qui n'a pas été accompagné de bubons suppurants. Environ six mois après, des symptômes de syphilis constitutionnelle se sont manifestés. Le malade les décrit as-

sez bien pour qu'on puisse les reconnaître; d'ailleurs, leur nature n'est pas douteuse, puisqu'à cette époque il est entré à l'hôpital Necker, où M. de Larroque lui a fait suivre un traitement par la tisane de Feltz et la salsepareille. Le malade est sorti guéri de l'hôpital Necker.

Voici les symptômes qu'il présente aujourd'hui : le testicule gauche est complétement atrophié. On trouve à sa place un petit corps de consistance fibreuse, du volume d'un noyau de prune. Le testicule droit, au contraire, est très-volumineux et donne la sensation d'une fluctuation douteuse. La lumière regardée à travers la tumeur donne une transparence douteuse. Une ponction faite avec une lancette a donné issue à une certaine quantité de sérosité (deux cuillerées environ).

Après l'écoulement de cette sérosité on a pu apprécier plus exactement l'état du testicule : il est notablement hypertrophié et très-dur, ne donnant plus aux doigts qui le pressent cette sensation d'élasticité propre à cet organe dans l'état normal. Le malade est marié depuis quelques mois ; il n'a pas un grand appétit vénérien, mais, cependant, il a pu remplir ses devoirs conjugaux. Sa femme n'est pas encore enceinte.

M. Ricord a prescrit : iodure de potassium, 3 grammes par jour ; emplâtre de ciguë et de Vigo sur le scrotum.

Le traitement mis en usage n'a semblé produire aucun résultat pendant le premier mois. Le malade, désirant vivement sa guérison, l'a continué néanmoins avec persévérance. Au bout de six semaines, la dureté du testicule était notablement diminuée et, pendant les jours qui ont suivi, cet organe a repris peu à peu son élasticité normale. En même temps il a diminué de volume. Vers la fin du mois de mars, le malade a dit qu'il lui arrivait presque chaque nuit d'avoir des érections, phénomène qu'il n'avait pas observé jusqu'à cette époque. Il n'a jamais eu de pollution nocturne. Il est sorti le 17 avril, après environ trois mois de séjour à l'hôpital et de traitement.

Tumeur de nature douteuse occupant le pli de l'aine. — Difficulté du traitement. — Le 10 janvier 1845, un homme de la campagne est entré à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire guérir d'une grosseur qu'il portait à la partie supérieure et interne de la cuisse. Agé de vingt-cinq ans, cet individu est doué d'une constitution délicate. Cette tumeur apparut il y a quinze mois, peu de temps après la cicatrisation de trois foyers purulents, résultat d'abcès froids qui s'étaient développés au-devant du sternum à la suite d'une chute que le malade fit d'une douzaine de pieds de hauteur. Prise d'abord pour un abcès froid, elle fut plus tard acceptée comme une hernie par le médecin qui vit le malade : actuellement voici les caractères qu'elle présente.

Du volume du poing, elle est située à la partie interne et supérieure de la cuisse, un peu au-dessous du ligament de Fallope, qu'elle dépasse en haut et en avant; l'artère fémorale, dont les battements sont bien distincts et isolés de la tumeur, est placée immédiatement en debors d'elle : il n'y a aucun changement de couleur à la peau; molle, élastique, fluctuante, non pulsatile, elle a une forme hémisphérique. Réductible par la compression directe au-devant du pubis, elle se reproduit quand on cesse de comprimer, avec tout son volume, sans bruit ni mouvements saccadés; la réduction est favorisée par la flexion de la cuisse, l'extension au contraire amène son expulsion; en appliquant le doigt à sa partie moyenne, et en pressant dans la direction du trou ovalaire, lorsqu'on avait réduit la tumeur, les efforts du malade étaient impuissants à la faire sortir. La compression au-dessus, la station et la marche prolongée n'amenaient aucun changement dans sa forme et dans son volume. Dans la toux, la main appliquée à sa surface percevait une sorte de frémissement parfaitement mat à la percussion, et sans aucun bruit à l'auscultation. En présence de cette tumeur, M. Malgaigne crut devoir s'éclairer par trois ponctions exploratrices faites avec une aiguille à cataracte, et qui n'amenèrent au dehors que quelques gouttes de sang. Le diagnostic n'en fut pas plus certain : les personnes en très-grand nombre auxquelles le malade fut présenté opinèrent, les uns pour une tumeur sanguine, les autres pour un abcès par congestion; on émit aussi l'idée qu'il pouvait bien s'agir d'une hernie obturatrice, d'une hernie crurale, d'un kyste d'acéphalocyste, et enfin d'un hygroma chronique. Toutes ces opinions, comme on peut le voir par l'analyse des symptômes que nous avons exposés, avaient chacune des raisons plausibles qui militaient en sa faveur. Quoi qu'il en soit, après une consultation de chirurgiens fort éclairés, on se décida à pratiquer l'incision de la tumeur. M. Malgaigne fit d'abord une ponction avec un trocart à hydrocèle; il s'écoula par la canule une sorte de bouillie rougeâtre, formée d'un liquide séro-sanguinolent, avec des débris pseudo-membraneux, qui bientôt obstruèrent la canule et s'opposèrent à la sortie du liquide. C'est alors que le foyer fut largement ouvert avec le bistouri et les ciseaux; il s'échappa aussitôt une masse considérable de pelotons pseudo-membraneux mous, qui remplissaient la tumeur sans qu'il y eût trace de pus ou de liquide séreux. Les matières extraites avaient tous les caractères de la fibrine sans organisation, et le kyste constitué par une membrane épaisse offrait à sa surface l'aspect chevelu que l'on rencontre dans certaines inflammations du péricarde. A l'aide du doigt porté dans le foyer, le chirurgien put sentir en haut un rebord fibreux qui lui parut être celui de la fosse ovale,

mais il ne constata aucune communication appréciable avec la cavité abdominale. Nous ne suivrons pas jour par jour les évolutions successives par lesquelles le kyste, une fois ouvert, dut nécessairement passer; nous nous bornerons à dire qu'il devint le siége d'une suppuration très-abondante, et nullement proportionnée avec l'étendue de sa cavité. A deux reprises on combattit avec succès, à l'aide de quelques sangsues, l'inflammation qui s'en empara, et sous l'influence de laquelle le pus était devenu de mauvaise qualité. La constitution du malade s'altéra sensiblement, et aujourd'hui que la température est devenue meilleure, M. Malgaigne engage ce malade à chercher dans son pays des conditions hygiéniques qu'il ne saurait rencontrer dans l'hôpital, où son séjour plus longtemps prolongé pourrait devenir funeste. En dernière analyse, M. Malgaigne pense qu'en l'absence de tout symptôme qui puisse se rattacher à un abcès par congestion, on doit admettre que ce n'était pas là un simple kyste hématique et fibrineux, mais que la scrofule a joué un rôle important, surtout dans la période de suppuration de la tumeur.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENTS (*Présentation de l'épaule qui s'est répétée chez la même femme dans six*). Les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* se rappelleront sans doute l'observation très-curieuse du docteur Géry, ayant trait à une femme chez laquelle dans neuf accouchements successifs l'enfant se présenta par le bras (voir le t. 24, p. 61.) Aujourd'hui nous rapprocherons de cette observation celle non moins remarquable qu'a publiée le docteur Walter, professeur d'accouchement à Dorpat. — *Obs.* Ce praticien nous apprend que le 1er novembre 1836 il fut appelé pour accoucher une jeune femme de vingt ans, primipare, dont l'enfant, placé en travers, se présentait en première position de l'épaule gauche avec issue du bras gauche : ayant fait la version podalique, il fut ensuite obligé d'achever l'accouchement à l'aide du forceps appliqué sur la tête. L'enfant se développa fort bien et vécut. De 1836 à 1840, nouvel accouchement prématuré, à six mois, d'un enfant qui fut expulsé en double. En janvier 1840, troisième accouchement, présentation de l'épaule droite; la version fut opérée, et cette fois l'expulsion du fœtus s'acheva naturellement. En novembre 1841, grossesse double; accouchement prématuré vers la trente-deuxième semaine; les deux enfants se présentaient l'un par l'épaule gauche en seconde position; l'autre en seconde position de l'épaule droite. En juin 1842, cette femme, de nouveau enceinte depuis cinq mois, consulta M. Walter pour savoir s'il n'y aurait pas quelque moyen à employer pendant sa grossesse pour convertir la présentation vicieuse de l'enfant en présentation naturelle. A cette époque le toucher n'ayant rien appris sur la position du fœtus, le docteur Walter conseilla à sa cliente de se tenir toujours sur le même côté. A la fin de septembre, une présentation du siége fut positivement constatée, néanmoins le 20 octobre, au moment de l'accouchement, on trouva une position transversale; seulement au lieu de l'épaule, c'était une présentation des lombes. Le docteur Walter fait observer qu'un examen fort attentif

ne montra d'autre anomalie du bassin qu'une largeur exagérée des hanches. Si maintenant on veut rechercher par suite de quelle influence se répètent ainsi dans un ordre regulier et successif certaines présentations vicieuses du fœtus, nous dirons que MM. Gery et Walter, témoins de l'excès d'amplitude transversale du grand bassin, sont tous deux d'avis de rapporter à cette circonstance la série non interrompue de présentations vicieuses dont ils ont rapporté les exemples : suivant eux, l'utérus subirait un développement transversal en rapport avec l'excès de largeur du bassin, ce développement porterait spécialement sur son segment inférieur ; ce qui forcerait l'enfant de se placer en travers. L'autre explication repose sur la forme même de l'utérus qui est loin d'offrir le type régulier qu'on lui assigne dans les descriptions anatomiques. Liedemann, dans un excellent mémoire, a fait connaître des cas dans lesquels l'utérus offre, à l'état de vacuité, des anomalies de forme qui peuvent être encore accrues dans l'état de grossesse, au point d'imprimer au fœtus des situations vicieuses qui pourront se répéter à chaque grossesse, l'état de l'utérus ne se modifiant pas et sa configuration restant la même. Le fait suivant, dans lequel l'auteur a constaté, autant que cela est possible sur le vivant, la déformation de l'utérus, justifie l'opinion qui précède. Le 4 août, le docteur Lecluyse fut appelé pour un troisième accouchement chez une femme dont les deux premières parturitions avaient nécessité la version de l'enfant pour une présentation du bras : c'était encore cette même présentation qui s'observait alors. Le docteur Lecluyse chercha l'explication de ce fait dans la forme qu'affectait l'utérus : or, il trouva les parties latérales de l'abdomen plus proéminentes que dans les cas ordinaires, et elles dépassaient tellement les hanches que cette disposition donnait à cette femme une largeur qui contrastait singulièrement avec sa petite stature. La matrice, au lieu d'être pyriforme dans le sens vertical, présentait une ellipse dont le grand axe dirigé transversalement, correspondait par chacune de ses extrémités au centre des flancs : c'est à cette anomalie que l'auteur attribua la position horizontale du fœtus, le plus grand diamètre de l'œuf fœtal se trouvant ainsi en parfait parallélisme avec celui de la cavité elliptique de l'utérus. La version se fit heureusement ainsi que l'accouchement. (*Journ. de chirurg.*, février et mars 1845.)

AMÉNORRHÉE (*Moyen pour faire cesser l'*). M. le docteur Chaumet, de Bordeaux, prescrit avec succès les pilules emménagogues suivantes dont il dit avoir maintes fois vérifié les heureux résultats.

Prenez :

Extrait de gentiane, 15 centigr.
Aloës succotrin, } à 5 centigr.
Calomel à la vapeur, }

A prendre une pilule matin et soir.

On aide l'action purgative de ces pilules par des pédiluves sinapisés et l'application de ventouses sèches sur l'hypogastre et la partie interne des cuisses. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 15 mars 1845.)

ANÉVRYSMES POPLITÉS (*De la compression dans le traitement des*). Une des tendances de la chirurgie de notre époque, que pour notre part nous croyons rationnel et utile d'encourager, est celle qui se propose de rendre les opérations sanglantes plus rares et d'y substituer des méthodes curatives moins dangereuses et souvent plus efficaces : c'est dans cette direction d'idées que s'est placé M. Giraldès en prenant à tâche de réhabiliter parmi nous l'emploi de la compression appliquée au traitement des anevrysmes poplités. Malgré les cas de guérison qui furent publiquement constatés en 1810 par le professeur Dubois, et en 1818 par Dupuytren, et vers la même époque par Vericel, chirurgien de Lyon, qui en adressa deux observations à la Faculté de Paris, cette méthode de traitement est tombée en désuétude, la plupart des chirurgiens lui préfèrent la ligature de l'artère fémorale. Ce jugement ne saurait être sans appel, et M. Giraldès prouve par des faits qu'il puise surtout dans les travaux des chirurgiens anglais que les reproches faits à l'emploi de la compression ont été le plus souvent exagérés. Ce moyen, a-t-on dit, est rarement suivi de succès; on est obligé, quand on y a recours, de le continuer fort longtemps, et son emploi détermine des douleurs tellement vives que peu de malades le supportent. A ces inconvénients qui lui paraissent résulter moins de la compression que du mode vicieux de l'employer, l'auteur oppose

les succès obtenus par les chirurgiens d'Angleterre : il a réuni huit cas d'anévrysmes, cinq poplités et trois fémoraux, tous traités par la compression ; dans un cas seulement elle a déterminé l'excoriation de la peau dans le point pressé ; dans les autres cas, elle a donné lieu quelquefois à l'engorgement œdémateux du membre ; dans tous la compression faite d'une manière continue, graduée, a été bien supportée par les malades, et dans ces huit cas la guérison eut lieu. M. Giraldès a recueilli dans divers autres auteurs, soit français, soit étrangers, sept autres cas d'anévrysmes poplités guéris de même. Dans les huit premières observations, la moyenne de la durée du traitement a été de vingt-quatre jours, le minimum de cinq jours, et le maximum de quatre-vingt-dix jours. Or, ces faits répondent à toutes les objections faites à la méthode, et ils démontrent qu'on doit la mettre en usage avant que de recourir à la ligature de l'artère crurale : il est d'ailleurs un motif puissant qui doit engager le chirurgien à tenir cette conduite, à savoir, les accidents qui ont souvent succédé à la ligature. N'a-t-on pas vu l'anévrysme se reproduire plus ou moins longtemps après la ligature du vaisseau? et l'hémorrhagie consécutive, et la lésion de la veine satellite, ne sont-ce pas là des dangers à redouter ? Enfin disons que sur vingt-deux opérations de ligature de l'artère fémorale on a compté six cas de mort. C'est donc avec raison que nous répéterons après Scarpa que la compression de l'artère fémorale dans les anévrysmes poplités doit être employée, à moins d'indications spéciales, avant de se décider à pratiquer la ligature de l'artère en question. Quant au point du membre où sera placé le compresseur, disons que, dans la plupart des observations relatées par M. Giraldès, nous le voyons appliqué à l'aine contre le pubis : dans plusieurs cas où le chirurgien l'avait placé d'abord au milieu de la cuisse, il s'aperçut que le cours du sang n'était qu'incomplètement suspendu, et il fut obligé de le remettre à l'aine. Nous ajouterons que les insuccès de cette méthode semblent dépendre de l'imperfection des compresseurs vulgairement employés; tous, comme le fait remarquer l'auteur, sont formés de pelotes volumineuses, pressées par des vis le plus souvent mal faites ; l'action de ces compresseurs s'étend forcément à un cercle trop étendu, et comprime à la fois les artères, les veines, les nerfs et les muscles, ce qui rend aisément compte des vives douleurs qu'ils peuvent produire. On évitera cet inconvénient en se servant de compresseurs dont la pelote aura tout au plus la forme et le volume d'un pouce volumineux ; qui sera mise en mouvement par des vis délicatement taillées qui permettent de doser avec une grande précision et à des degrés très-circonscrits l'action de l'instrument : on surveillera ces appareils avec soin, car il peut devenir urgent de diminuer la compression au bout de quelque temps de leur application, pour ne point fatiguer les malades et éviter les excoriations de la peau. (*Jour. de Chirurg.* mars 1845.)

AVEUGLE-NÉ *rendu clairvoyant* (*Quelques réflexions sur les premières impressions d'un*). Qui n'a présente au souvenir l'histoire touchante en même temps que philosophique de l'aveugle-né de Cheselden? Voici un fait analogue rapporté par M. le docteur Duval Hégésippe (d'Argentan), qui offre aussi un vif intérêt tout en étant opposé, sur quelques points, à des opinions généralement reçues. Le récit de l'auteur est si substantiel et si animé, que nous n'avons rien de mieux à faire que de le reproduire en partie.

« Julien Faligot, âgé de onze ans, demeurant à Autrain, arrondissement de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), est venu au monde affecté de deux cataractes. Ce malade me fut présenté il y a six ans environ. Ne jugeant pas alors l'opération opportune, j'ai engagé les parents à attendre jusqu'à ce que cet enfant comprît la valeur de l'opération qu'on devait lui faire et qu'il eût atteint cet âge surtout où l'on pourrait raisonner avec lui des conséquences qu'entraînerait un écart de régime... Le 6 octobre 1840, on réclama de nouveau mon assistance pour ce petit malade. Quoique bien jeune encore, je le trouvai si résigné que je crus devoir, cette fois, céder à ses supplications : je me décidai donc à lui donner mes soins, et je procédai sur-le-champ à son opération... Elle n'offrit rien de particulier. Aussi simple que possible, elle consista à ouvrir la cornée transparente, à diviser et à extraire la capsule cristalline ; voilà tout : ces manœuvres ne furent ni accompagnées

de douleur ni suivies d'inflammation.

« Le crâne de cet enfant était parfaitement développé; toutefois sa physionomie, image en quelque sorte réfléchie de son intelligence, était sans aucun caractère : sa tête, qu'il balançait sans cesse, machinalement, à droite et à gauche, et ses yeux roulant continuellement dans leur orbite lui donnaient une expression d'idiotisme qui n'était au surplus qu'apparente. Intelligent donc, mais d'une intelligence brute, inculte, il me laissa beaucoup à désirer sous le rapport des détails qu'il m'aurait probablement donnés, dans d'autres circonstances, de ses sensations intimes...

« Il me parut simplement ébloui les premiers jours qui suivirent la levée de l'appareil mis sur ses yeux, et quoique son lit, entouré de rideaux épais de couleur sombre, le tînt dans un centre obscur, il ne supportait encore cette faible lumière qu'avec peine et n'ouvrait évidemment les yeux que pour satisfaire à mes injonctions, mais non pour jouir du nouveau sens qu'il venait d'acquérir. A quelques jours de là, quand cette photophobie fut dissipée et que je pus procéder avec quelque suite au développement de sa vue, j'acquis la certitude qu'il distinguait infiniment mieux qu'il ne l'avait fait jusqu'alors les couleurs vives et bien tranchées. Toutefois, un mois et plus après son opération, il se trompait encore sur l'impression qui résulte des couleurs mixtes : ainsi, pour lui, le gris devenait souvent blanc; le jaune doré, rouge; le rose pâle, tantôt rouge, et quelquefois blanc, etc. Parmi les fleurs, qu'il affectionnait par-dessus tout, c'était aux rouges, aux jaunes, aux bleues et à celles de couleur éclatante qu'il donnait la préférence.

« Voulant savoir s'il comprenait la différence des formes, je plaçai sur une feuille de papier des morceaux de bois peints en rouge, en noir et en blanc, et taillés en rond, en carré et en triangle. Sans qu'il lui fût possible de définir clairement ce qu'il voyait, je dus cependant conclure que si ces diverses figures géométriques n'étaient réellement pas appréciées à leur valeur conventionnelle, elles déterminaient une sensation particulière les unes par rapport aux autres; ce qu'il exprimait avec beaucoup d'embarras et autant et mieux peut-être par ses gestes que par ses paroles...

« Jamais Julien Faligot ne se plaignit de voir doubles, ni renversés, ces mêmes morceaux de bois rouges, noirs et blancs, tantôt superposés, quelquefois mis sur une même ligne et dont il indiquait toujours exactement la vraie position.

« Cheselden rapporte que le malade qu'il opéra, et dont il nous a laissé l'histoire, croyait que ce qu'il voyait touchait ses yeux, comme ce qu'il palpait touchait sa peau. Je n'ai point eu l'occasion de noter ce phénomène chez aucun des malades que j'ai pu observer : ils mouvaient leurs doigts, ouvrant et fermant les mains, comme s'ils avaient voulu prendre l'objet qui leur était soumis, objet qu'ils croyaient parfois placé loin d'eux, quoiqu'il fût rapproché, ou, par opposition, qu'ils pensaient devoir chercher et rencontrer dans un rayon voisin, encore bien qu'il fût éloigné et de beaucoup hors de leur portée.

« Souvent il m'est arrivé, pour m'assurer que Julien comprenait les mouvements des corps, de placer à quelques pas de lui une orange, qu'au moyen d'un fil je traînais et lui faisais poursuivre dans toutes les directions en l'engageant à la prendre.

« Ce même corps, suspendu en l'air et agité de manière à simuler, d'après l'impulsion qui lui était donnée, le mouvement du pendule, ce même corps, dis-je, était pareillement vu, suivi dans ses balancements, et saisi, voici comment : après avoir tenté, mais inutilement, de le suivre dans la totalité du mouvement, l'enfant finissait par observer la périodicité du retour, et alors essayait et réussissait d'ordinaire, après quelques essais, à l'arrêter au passage.

« J'ai parlé de son goût de prédilection pour quelques couleurs; cette préférence s'étendait également aux formes. Ainsi jamais dans son choix, selon mes idées, je ne le vis se tromper lorsque je lui demandai son avis sur la figure des personnes qu'il avait été à même d'examiner et de comparer entre elles. Pour lui, telle figure était jolie, telle autre laide ; point de terme moyen, sans cependant qu'il sût rien des détails et qu'il ne connût alors que l'ensemble de la figure...

« Trois semaines après son opération, quoique je me fusse occupé sans relâche de l'éducation visuelle de cet enfant, ses connaissances ac-

quises jusque-là de la forme des corps, même de ceux à son usage, qu'il voyait et touchait à tout moment, se réduisaient à peu de chose. Une clef et un couteau, par exemple, de pareille grandeur, placés sur une table à côté l'un de l'autre, étaient parfaitement distingués et énoncés sans que jamais il se trompât; mais s'ils étaient réunis et mêlés à d'autres objets de couleur identique et d'apparence à peu près semblable, des ciseaux, une cuiller, je suppose, eh bien! quoiqu'il vît très-distinctement cette masse de choses, prétendait-il, il ne pouvait plus rien positivement reconnaître... Sa main, qu'il trouvait, avec tant de naïveté, si jolie, si belle et si blanche, la première fois que je la lui fis examiner, cessait de lui appartenir si je venais à rapprocher mes mains des siennes, sans lui permettre de mouvoir ses doigts ; en d'autres termes, il ne savait plus reconnaître sa main et se perdait dans cette confusion de doigts.

« Je le trouvai souvent abattu et découragé, désespérant de pouvoir jamais sortir de ce conflit de lignes et de formes qui s'embrouillaient dans sa mémoire en se mêlant les unes aux autres, et dont l'une semblait lui faire oublier l'autre. « Pourquoi, ne « cessait-il de me répéter, ne puis-je « pas distinguer tout d'abord par la « vue ce que je retrouve si aisément « dans ma mémoire par le toucher?... »

« Si, les premiers jours après la levée de l'appareil de mon petit malade, je ne recueillis rien de ses impressions que de la crainte, de l'hésitation et de la timidité, plus tard son âme s'ouvrit au bonheur comme ses yeux l'avaient été à la lumière... « En face de toi, c'est la mer, lui di- « sais-je un jour; vois. — Oh ! mon « Dieu, s'écria-t-il, que c'est beau ! « —Si tu lèves la tête et regardes, lui « dis-je un autre jour, tu vas voir « le ciel. » Ce jour-là il resta muet, fit le signe de la croix, pleura, et resta dans une sorte d'extase en contemplant les nuages. Une des sœurs religieuses, qui l'avait pris en amitié, lui demanda à quoi il pensait : « A « Dieu ! » répondit-il. Chaque jour ce furent de ces scènes de cœur et d'attendrissement...

« Le hasard le plaça devant une glace : après l'avoir examinée attentivement, en haut, en bas, de face et surtout par derrière; après s'être vu, lui, et très-complaisamment considéré, sans qu'il sût ou comprît ce qu'il voyait, sinon que c'était une figure en mouvement, il devint ivre de joie lorsqu'il apprit que cette image était la reproduction fidèle de sa figure...

« Lorsqu'il quitta l'hôpital, il connaissait tout à fait bien les couleurs, passablement les nuances, et savait à peu près le nom de tous les meubles au milieu desquels il vivait. Ses idées sur les distances étaient encore vagues et indécises : cette difficulté notée pour diriger ses yeux existait également, à un moindre degré cependant. Ainsi, lorsqu'il voulait regarder un objet, que cet objet lui fût connu ou étranger, s'il lui était présenté et qu'il ne l'eût pas d'abord touché, ce n'était qu'après des efforts pénibles et des recherches longtemps infructueuses dans tout l'orbe de sa vue, qu'il parvenait à le trouver et à le voir.

« Son état physique se ressentit évidemment, dès les premiers temps de vue, de sa nouvelle disposition : sa démarche devint ferme, l'expression morne et stupide de son visage se changea en un air riant et gai; il apprit à se servir de sa cuiller, de sa fourchette, de son verre, en un mot à manger et à boire d'une manière assurée, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'alors ; il avait cessé de porter sa tête de côté et d'autre, et perdu l'habitude de se balancer continuellement.

« Il partit cinq semaines après son opération, convaincu, le pauvre enfant, que sa vue allait s'améliorer au logis paternel où tout lui était connu et familier, et faire des progrès plus rapides qu'à l'hôpital, où il était chaque jour distrait par un nombre incessant de visiteurs qui, à tout moment, le dérangeaient de ses contemplations favorites. Nous n'en avons pas depuis lors entendu parler. » (*Annales d'oculistique*, mars 1845.)

BRAS ARTIFICIEL (*Remplacement de l'avant-bras et de la main après l'amputation du bras par un*). Un progrès important et qui intéresse tous les praticiens vient d'être signalé à l'Institut dans les moyens de prothèse que possède la chirurgie. Jusqu'à ce jour la substitution d'un bras artificiel à un bras amputé n'avait eu lieu qu'à l'aide de moyens fort incomplets, et dont le but était plutôt de masquer la difformité que de faire revivre, pour ainsi dire, le jeu fonc-

tionnel du membre absent. Le nouveau bras de M. Van Petersen restitue quelques-uns de ces usages les plus essentiels; il permet aux sujets même qui ont perdu à la fois les deux bras de prendre avec la main un verre plein, de le porter à la bouche et de l'y verser sans en perdre une goutte, de ramasser une épingle, saisir une feuille de papier. La commission de l'Académie des sciences a assisté à toutes ces manœuvres qu'a répétées à plusieurs reprises, devant elle, un invalide qui a perdu les deux bras dans les guerres de l'Empire. Quant au mécanisme de l'appareil, nous laisserons le savant rapporteur en faire lui-même l'exposition : « Ce bras, dit M. Magendie, ne s'adapte pas indifféremment à tous les manchots; ceux-là seuls qui ont conservé intacte la partie supérieure de l'humérus sont aptes à en profiter. L'anatomie explique cette nécessité. A l'extrémité scapulaire de l'os du bras s'insère un nombre considérable de muscles qui, partant soit du tronc, soit de l'épaule, sont les principaux agents des nombreux mouvements du bras. Tous ces mouvements, le moignon les exécute encore; M. Petersen a pensé qu'on pouvait tirer parti de ces mouvements ou plutôt des forces musculaires qui les produisent, et c'est sur cette donnée fondamentale qu'il a basé son invention. Le bras artificiel est formé de trois parties articulées et mobiles qui représentent le bras, l'avant-bras et la main; celle-ci se compose elle-même d'une sorte de carpe, de doigts à triples phalanges mobiles maintenues dans un état persistant de flexion et d'opposition avec le pouce par des ressorts : le tout pèse à peine 500 grammes. Le moignon du manchot est reçu dans une excavation de l'appareil et y est solidement fixé par des courroies, de sorte qu'il fait facilement exécuter au bras artificiel les mouvements qu'il exécute lui-même, c'est-à-dire qu'il le porte en avant, en arrière, en dehors, en dedans, etc. Mais la véritable difficulté était de faire jouer les unes sur les autres les différentes pièces de l'appareil de manière à simuler les mouvements réciproques de l'avant-bras et des doigts sur eux-mêmes; pour cela un corset est appliqué sur la poitrine, à ce corset tiennent des cordes à boyau qui sont fixées, d'ailleurs, les unes à l'avant-bras, les autres aux doigts. Quand le manchot porte son moignon en avant, il exerce une traction sur l'avant-bras et le fléchit sur le bras, quand, au contraire, le moignon est reporté en arrière, l'avant-bras s'allonge sur le bras. On comprend les avantages de ce double mouvement, qui permet à la main de se rapprocher ou de s'éloigner à la volonté du manchot. Les mouvements des doigts, indispensables pour saisir les objets, sont produits par un mécanisme non moins ingénieux. Des cordes fixées au corset par une extrémité vont s'attacher au côté dorsal des doigts fléchis. Quand le moignon s'écarte du corps, il tire sur les cordes qui, surmontant la résistance des ressorts, étendent les doigts et ouvrent la main. Pour saisir, le manchot n'a plus qu'à conduire sa main ainsi ouverte à la portée de l'objet, il ramène ensuite doucement le moignon vers le tronc. Alors les ressorts fléchissent de nouveau les doigts, la main se ferme, l'objet est saisi d'une façon d'autant plus solide que chacun des doigts agit indépendamment des autres et presse isolément sur le point qu'il touche. L'objet saisi, le manchot n'a plus à s'en occuper : c'est l'affaire des ressorts. Pour le diriger vers la bouche, il porte son moignon en avant, l'avant-bras se fléchit et la main parvient bientôt à sa destination. Pour lâcher l'objet et le replacer sur la table, par exemple, il faut porter le moignon en arrière, ce qui étend l'avant-bras, puis écarter le moignon du corps, ce qui amène l'extension des doigts et l'abandon de l'objet. Sans doute il faut de l'exercice pour que le manchot se serve avec promptitude et adresse de cet appareil; mais, en général, il y parvient avec célérité. » (*Rapport de M. Magendie à l'Institut*, mars 1845.)

CEPHALALGIE NERVEUSE (*traitement de la*). On a proposé une infinité de médications pour combattre la migraine nerveuse pure; mais tous les praticiens ont eu de nombreuses occasions de reconnaître l'impuissance de ces divers moyens. En cet état de choses, nous croyons ne pouvoir pas nous dispenser de faire connaître à nos lecteurs le mode de traitement adopté par M. Scheneider, l'un des praticiens les plus recommandables de l'Allemagne.

Ce traitement, aussi simple qu'il est possible de l'imaginer, consiste

dans l'administration de l'extrait alcoolique d'aconit napel, à la dose de 25 milligr. à 5 centigr. Cet extrait est administré en pilules ou sous forme de potion. (*Gaz. des hôpitaux*, mars 1845.)

CAL (*Observation relative à l'influence de la grossesse sur la formation du*). Quelle est l'influence de la grossesse sur le travail de consolidation du cal? Cette importante question de physiologie pathologique, vivement controversée à différentes époques, n'a pas encore été résolue de manière à ne laisser aucun doute dans l'esprit des praticiens sur le degré de gravité qu'ils doivent accorder aux fractures observées sur une femme actuellement dans l'état de gestation. En l'absence de données suffisantes, pour lever toute difficulté sous ce point de vue, il convient d'en appeler à l'observation directe et de recueillir avec soin tous les faits propres à éclairer ce point de chirurgie. — *Obs.* Au mois de juillet 1842, une jeune femme, douée d'une bonne santé, âgée de vingt-cinq ans, enceinte de deux mois et demi, fut renversée par les chevaux d'une diligence dont une des roues passa sur son bras droit qui fut horriblement mutilé. Il existait une plaie profonde et contuse au poignet; deux fractures partageaient assez exactement l'humérus en trois fragments égaux. Toutes les parties molles de l'épaule étaient comme écrasées et couvertes de larges ecchymoses; un énorme gonflement s'étendait sur le cou et jusque vers le milieu du dos. Contrairement à l'opinion de deux de ses confrères appelés en même temps que lui, le docteur Lepiez se refusa à l'amputation; il fonda son avis sur l'état de grossesse de la femme que compromettrait presque infailliblement une opération du genre de celle qui était proposée; de plus, sur la possibilité de guérir sans recourir à ce moyen extrême, la science possédant un grand nombre d'exemples de fractures comminutives qui se consolidèrent les malades conservant l'usage du membre. En conséquence, le membre étant convenablement disposé, on le soumit pendant quatorze jours aux irrigations d'eau froide. Quelques abcès se manifestèrent à la main et au bras, l'ouverture en fut faite et quelques débridements furent pratiqués.

Au quinzième jour on appliqua un bandage à bandelettes séparées et à attelles en carton. Les plaies furent simplement pansées avec de la charpie. Au bout de six semaines, ces dernières étaient cicatrisées; mais le cal, quoique tenace, était parfaitement mou, il n'y avait pas de consolidation; la grossesse suivait son cours régulier. Dans la pensée que l'exercice hâterait la consolidation du cal, on disposa autour du membre un appareil dextriné qu'on laissa appliqué pendant six semaines. Au bout de ce temps les choses sont exactement les mêmes. De six en six semaines l'appareil fut renouvelé; à chaque pansement on s'assura que la consolidation n'était pas plus avancée. L'accouchement eut lieu, et le dernier appareil, placé trois jours auparavant, fut enlevé un mois après, et alors la consolidation se trouva complète. (*Journ. de Chir.*, fév. 1845.)

COLIQUE DE CUIVRE (*Réflexions sur la*) *qui attaque les ouvriers employés à la fabrication de ce métal.* M. Blandet a lu un travail intéressant sur ce sujet devant l'Académie des sciences. Il a d'abord rectifié les erreurs qui ont jusqu'à présent été accréditées à cet égard, et qui consistent à attribuer la colique des ouvriers en cuivre, non au cuivre, mais au plomb qui lui serait associé, ce qui a conduit à confondre deux maladies différentes, et à considérer comme innocente l'action du cuivre, tandis qu'elle est en réalité nuisible. D'après les observations que M. Blandet a recueillies, soit dans les hôpitaux, soit dans les ateliers mêmes, il a pu se convaincre de l'existence de l'entérite cuivreuse dont le symptôme dominant est la colique avec rémission; l'ouvrier se courbe en deux pour la calmer; le ventre est assez souvent douloureux à la pression. Il y a céphalalgie, envie de vomir et diarrhée ou constipation. Les vomissements consistent en des matières bilieuses; les premières évacuations alvines sont souvent de couleur verte. La fièvre est assez rare, mais la courbature est fréquente. L'affection reconnait, suivant M. Blandet, deux causes principales : la malpropreté et l'aspiration des matières cuivreuses. Les ouvriers en cuivre, peu soigneux de leur personne, ont les cheveux

verts, la sueur verte, leurs dents sont reconvertes d'une couche grise de sulfure de cuivre. M. Blandet propose quelques moyens prophylactiques et thérapeutiques dont les principaux sont l'usage habituel d'eau albumineuse pour boisson, et l'administration des purgatifs salins lorsqu'il y a constipation. (*Comptes-rendus de l'Acad. des sciences*, 24 février 1845.)

CONCRÉTIONS *fibrineuses du cœur* (*Observations de*), *chez les enfants*. Les observateurs modernes ont beaucoup éclairé ce point de pathologie relatif aux concrétions fibrineuses du cœur. On sait aujourd'hui que ces productions sont moins rares qu'on ne le croyait autrefois, et, avec toute l'attention nécessaire, il est possible d'arriver à leur diagnostic. Cependant, que nous sachions, cette affection ne nous semble pas encore avoir été considérée comme cause de mort plus ou moins subite chez les jeunes enfants. A ce titre, les observations que vient de publier M. le docteur Alphonse Ménard, de Lunel, sont dignes d'intérêt et d'attention. Elles nous ont rappelé, pour notre propre compte, des faits qu'il nous avait été impossible d'expliquer, notre attention n'ayant pas été portée de ce côté, et les recherches modernes n'étant pas encore publiées. Nous avons connu deux familles dans lesquelles les enfants, venus dans les meilleures conditions, tous bien portants et bien nourris, périssaient néanmoins tous dans la première année de leur existence. Une de ces familles, à Paris, a vu successivement ainsi s'éteindre cinq enfants. L'autre, en province, en a perdu trois; un quatrième restait, charmante petite fille qui avait grandi dans l'état de santé le plus parfait jusqu'à l'âge de onze ans. Nous avons appris sa mort l'année dernière, et elle a succombé aux mêmes symptômes que ses frères et sœurs. Ces symptômes sont fort insidieux. Au milieu de la santé la plus florissante, on voit l'enfant pâlir, sa respiration s'embarrasse, il offre de la dyspnée, de la suffocation, presque toujours des convulsions plus ou moins énergiques. Ces symptômes se dissipent bientôt, et les parents ou le médecin, qui n'ont pas encore été témoins de faits semblables, se rassurent en voyant l'enfant reprendre sa gaîté. Mais le lendemain ou les jours suivants les phénomènes se répètent, deviennent de plus en plus graves et l'enfant s'éteint dans l'asphyxie. Les autopsies, dans le cas dont nous avons été témoin, n'avaient rien appris, mais on avait négligé l'examen intérieur du cœur et des gros vaisseaux, où, d'après les faits récents et ceux de M. Ménard en particulier, nous sommes fortement porté à croire qu'une inspection plus attentive aurait fait découvrir des concrétions fibrineuses dans le cœur.

Nous croyons utile de rappeler ici les signes stéthoscopiques donnés par Laennec, Bertin, Bouillaud, etc. : irrégularité, obscurité, confusion dans les battements du cœur; si ces conditions n'existent que d'un seul côté, bruits de râpe et de cuir ensemble.

La première observation de M. Ménard est relative à un enfant de neuf mois, né de parents sains. Chose remarquable et qui vient à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure, trois enfants sur quatre de la même famille sont déjà morts avant celui-ci, de maladies rapidement mortelles; l'un d'eux, dont la fin seule a de l'analogie avec le cas présent, eut une convulsion; il mourut après quarante-huit heures de souffrances, *très-pâle et haletant*, au rapport des parents.

Cet enfant avait éprouvé, quelques mois auparavant, des accidents du côté de l'estomac, dont il guérit rapidement. Cependant, il était resté pâle et sujet à de courts accès de dyspnée développés dans les mouvements brusques; nonobstant, il était gros et fort gai, lorsque, tout à coup, il est pris d'une forte convulsion générale qui céda après une heure de durée et le laissa dans un long collapsus. La tête était froide et pâle, forte accélération du pouls. (Pot. antispas., sinapis., les sangsues aux apophyses mastoïdes.) Le soir, pâleur verdâtre, dyspnée, battements tumultueux du cœur, surtout à droite, difficulté d'avaler. Dans la nuit, convulsions réitérées qui ne cessent qu'une demi-heure avant la mort ainsi que la dyspnée. Mort à onze heures du matin. A l'autopsie, le cerveau et les méninges ne présentent d'autre altération qu'une forte injection. Poumons engorgés de sang; cœur très-développé; le ventricule droit, très-dilaté, occupe

plus de la moitié du volume de l'organe entier; il contient une concrétion organisée, jaunâtre, résistante, celluleuse, moulée sur la paroi antérieure de cette cavité, y adhérant assez fortement, se glissant dans le canal de l'artère pulmonaire en forme de mèche couenneuse terminée par un caillot de sang. Les artères et les veines coronaires sont très-dilatées et gorgées de sang. Tous les autres organes sont en bon état.

Dans une seconde observation, il est question d'un enfant de deux ans et demi qui avait éprouvé antérieurement des accidents graves et variés du côté des voies digestives et respiratoires. Il était cependant en assez bonne santé, lorsqu'il fut pris tout à coup de convulsions qui ne cessèrent plus, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques, jusqu'à sa mort, qui arriva vingt-huit heures après leur apparition. A l'autopsie, le fait intéressant est la découverte d'une masse jaunâtre, composée de fibres concentriques, ferme, résistante, élastique, qui remplissait presque exactement la cavité de l'oreillette droite; le trou auriculo-ventriculaire était tellement dilaté qu'on ne retrouva aucune trace de valvules.

Dans une épidémie de rougeole fort meurtrière, terminée par une coqueluche intense, qui faisait périr les malades dans un accès de suffocation, M. Ménard a toujours rencontré à l'autopsie des concrétions fibrineuses siégeant surtout dans le côté droit du cœur; mais ces concrétions étaient évidemment de formation récente. On sait que M. Bouillaud a émis cette opinion que dans tous les cas de mort à la suite de la pneumonie, on rencontre des concrétions fibrineuses; ce qui rend compte des derniers accidents de dyspnée et d'orthopnée que présentent les malades. (*Gaz. méd. de Montpellier*, février 1845.)

COQUELUCHE (*Emploi de la cochenille dans le traitement de la*). Lors de l'hiver dernier, et pendant que la coqueluche régnait à Berlin, parallèlement avec une épidémie de rougeole, le docteur Beunewitz dit avoir eu de fréquentes occasions de s'assurer de l'efficacité thérapeutique de la cochenille dans le traitement de la première de ces maladies. Non-seulement les accès diminuaient visiblement de force et de fréquence, mais encore le rétablissement complet s'opérait souvent en moins de quinze jours. Après l'administration préalable d'un vomitif, M. Beunewitz prescrivait le médicament dont il s'agit, d'après la formule suivante:

Pr.	Cochenille. . .	4 gram.
	Sel de tartre . .	8 gram.
	Eau bouillante.	45 gram.
	Sirop simple. .	30 gram.
	Mêlez.	

Cette préparation était consommée en quarante-huit heures. L'auteur dit n'avoir pas réussi par ce moyen dans le traitement de la toux compliquant la rougeole. (*Cusper's Wochenschrift* et *Journ. de médecine*, mars 1845.)

CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LA BRONCHE DROITE (*Histoire d'un*). Le fait suivant, comme le fait remarquer sir Benjamin Brodie, embrasse plusieurs points d'une importance pratique considérable; rapporté par ce chirurgien lui-même qui donna ses soins au malade, il acquiert un nouvel intérêt; aussi, bien que nous l'ayons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs, nous croyons bien faire en le reproduisant aujourd'hui avec plus de détails. Le 3 avril 1843, M. Brunel, jouant avec ses enfants, avait mis un demi-souverain dans sa bouche: la pièce glissa en arrière de la langue, et immédiatement il y eut violent accès de toux, avec menace de suffocation. Pendant 24 heures tension et douleur à la gorge; puis, pendant deux jours aucun accident ne se manifesta. Le 7, la toux fut aggravée; crachats muqueux sanguinolents, douleur fixe au côté droit de la poitrine dans le point correspondant à la bronche droite. Jusqu'au 19 les mêmes accidents persistèrent d'une manière intermittente; une fois, M. Brunel, à la suite d'un vomissement provoqué par l'administration de pilules apéritives, éprouva une sensation comme si un corps flottant avait changé de place dans la poitrine, et dès lors la toux se trouva apaisée pendant un certain temps et la douleur disparut entièrement. C'est alors que le malade s'étant placé sur le ventre, le sternum appuyé sur une chaise, et la tête et le cou inclinés en bas, eut la perception distincte d'un corps flottant qui glissait en avant le long de la trachée; il s'ensuivit une toux convulsive, violente. S'étant relevé, il

éprouva la même sensation, mais dans la direction opposée, c'est-à-dire du côté de la poitrine. Le 26, l'expérience qu'avait faite de son chef M. Brunel fut répétée plus méthodiquement sur l'avis de sir Brodie. Il fut couché à plat ventre sur une plate-forme qui se mouvait à son centre sur un pivot, de telle sorte que l'une de ses extrémités s'élevant, l'autre s'abaissait. Les épaules et le corps ayant été fixés au moyen d'une large courroie, la tête fut abaissée jusqu'à ce que la plate-forme fît avec l'horizon un angle de 80°. Dans cette position on frappa avec la main sur la portion du dos correspondant à la bronche droite. Le corps étranger ne donna pas signe de sa présence; mais il y eut des accès de toux convulsive qui prouvèrent qu'il y aurait imprudence à répéter cette manœuvre; aussi on se décida à pratiquer la bronchotomie. En faisant cette opération, sir Brodie se proposait un double but, d'abord celui de tenter l'extraction du corps étranger par la plaie, et, dans le cas où il n'y parviendrait pas, l'ouverture artificielle lui parut devoir agir comme soupape de sûreté, et permettre ainsi de renouveler sans danger l'expérience de la plate-forme. L'opération fut pratiquée entre la glande thyroïde et le sternum. A plusieurs reprises des pinces furent introduites dans la bronche sans amener aucun résultat; on ne put pas sentir le demi-souverain, et chaque fois on produisit, par le contact de l'instrument sur la surface interne de la bronche, des accès effrayants de suffocation. Jusqu'au 13 mai on s'abstint de toute nouvelle exploration; ce meme jour, M. Brunel fut de nouveau couché sur la plate-forme, on frappa sur le dos avec la main, deux ou trois efforts de toux s'ensuivirent, et à l'instant il sentit la pièce quitter la bronche, toucher presque immédiatement après les dents incisives de la mâchoire supérieure et s'échapper hors de la bouche; un peu de sang fut rejété en même temps, il provenait des granulations de la plaie extérieure; il n'y eut ni spasme des muscles de la glotte, ni aucun des accidents qui avaient fait renoncer au procédé de la plate-forme avant qu'une ouverture artificielle eût été pratiquée aux voies aériennes. Pour compléter cette observation sous le rapport du diagnostic, sir Brodie fait remarquer que l'auscultation à l'aide du stéthoscope plusieurs fois renouvelée n'apprit absolument rien sur la présence du corps étranger; il n'y avait aucun phénomène anormal dans la respiration; ce qui s'explique fort bien, suivant le chirurgien anglais, par le peu d'espace occupé dans la bronche par le demi-souverain. Quant au siége de celui-ci, que l'on assigna à la bronche droite sur les seuls signes de la douleur et de la sensation de déplacement perçues par M. Brunel, l'auteur fait observer que cette opinion se basait surtout sur les expériences faites par M. Key d'abord, et ensuite par lui-même, et dans lesquelles on avait constaté qu'une pièce de monnaie de ce calibre, qu'on laisse tomber dans la trachée d'un cadavre, tombe presque invariablement, par son propre poids, dans cette partie du conduit aérien. Quant aux sensations pénibles provenant de la congestion des vaisseaux cérébraux pendant que la tête était ainsi pendante, elles furent immédiatement et complétement dissipées en soutenant le front avec la main, de manière à tenir l'occiput incliné à un certain degré sur la région cervicale postérieure. (*Jour. de Chir.*, février 1845.)

DYSTOCIE (*Exostose de la face antérieure du sacrum. Cas de*). Parmi les causes de dystocie, une des plus rares, mais aussi des plus graves, est la présence d'une exostose sur un des points de la filière que le fœtus doit traverser pendant le travail de la parturition. Le docteur Pitre Aubinais, accoucheur très-répandu du département de la Loire-Inférieure, n'en a rencontré que deux cas dans sa vaste clientèle, et le suivant, qui soulève les plus importantes questions d'obstétrique, est du nombre.

Obs. Marie Guibaud, cultivatrice, âgée de 28 ans, d'une constitution éminemment scrofuleuse, présentait un rétrécissement dans tous les diamètres du bassin, tel, que l'accouchement à terme devenait impossible par les seules forces de la nature; de plus, elle offrait une exostose sur la face antérieure du sacrum, de la forme et du volume de la coque d'une grosse noix. L'existence de cette exostose était au moins cinq lignes au diamètre antéro-postérieur déjà fort rétréci du petit bassin, et le diamètre coccy-pubien, ordinairement de quatre pouces chez une femme bien conformée, alors que le coccyx n'est pas repoussé en arrière,

n'avait pas trois pouces. Déjà, en 1830, la femme Guibaud avait été accouchée au moyen de la crâniotomie; il en fut de même en 1833 lors de son second accouchement. Dans le cours de l'année 1838, M. Pitre Aubinais assista cette femme dans un troisième accouchement qui eut lieu prématurément à sept mois de grossesse. L'enfant présentait le siége; le travail fut abandonné à la nature, et après trois heures d'attente, le dégagement des pieds eut lieu. Avant de recourir à l'application du forceps dans le cas où des tractions sur les pieds ne suffiraient pas à dégager la tête, le docteur Aubinais fit prendre à la femme une position dont il obtint un heureux résultat. Le menton du fœtus était solidement appuyé contre l'exostose, et la tête était ainsi renversée en arrière. On ne pouvait introduire le doigt dans la bouche du fœtus pour abaisser la tête sur la poitrine. Dans ces circonstances, l'accoucheur fit placer la femme sur les genoux et sur les coudes, la tête un peu en bas : cette manœuvre réussit, car à peine par de douces tractions eut-on incliné la face antérieure du corps du fœtus vers le périnée de la femme, que la tête se dégagea : l'enfant était vivant. La tête, en traversant la filière du bassin, s'était très-allongée; le docteur Aubinais ne mit pas en doute la nécessité où il eût été de recourir à la crâniotomie si l'enfant fût venu à terme.

Pendant l'été de 1841, la femme Guibaud devint enceinte pour la quatrième fois. Heureux du succès qu'avait eu l'accouchement prématuré, M. Pitre Aubinais songea à provoquer l'accouchement avant terme. Cette proposition, faite aux intéressés, fut d'abord acceptée; puis on la repoussa, décidée à subir les chances d'un accouchement à terme par les conseils donnés dans le secret de la confession. On va voir de quelle responsabilité se chargea le directeur de cette malheureuse femme. La tête de l'enfant était volumineuse; l'obliquité antérieure de la matrice avait imprimé au fœtus une très-fâcheuse position : il se présentait par la face; il fut donc impossible d'ouvrir le crâne et de réduire en bouillie la masse encéphalique : il ne suffit pas d'arracher la mâchoire inférieure et d'enfoncer les yeux à l'aide de crochets, il fallut encore extraire pièce à pièce presque tous les os de la face et du crâne avant d'avoir l'enfant : la femme mourut pendant ces manœuvres. « Cruelle profession! s'écrie M. Aubinais en terminant l'exposé de ce fait; et pour celui qui a été témoin de cette hideuse opération et qui a eu le bonheur de sauver une femme par l'opération césarienne, mieux vaut l'hystérotomie, qui offre au moins la chance de conserver l'enfant, si on a le malheur de perdre la mère. (*Journ. de méd. de la Loire-Inférieure*, 20e vol., 98e livr.)

FOIE (*Observations sur une maladie organique du*) *avec diverses complications*. M. le docteur Prus a communiqué à la Société de médecine de Paris une observation fort intéressante dont nous allons présenter les circonstances principales. La pathologie du foie est encore si peu avancée qu'il importe de conserver tous les faits qui peuvent servir à l'éclairer. Une femme de soixante-trois ans, cuisinière, ayant toujours joui d'une excellente santé, entra dans le service de M. Prus, le 4 novembre 1843. Au mois de juillet précédent, et à la suite d'une course trop longue, elle s'aperçut d'un commencement d'ictère; en même temps ses fonctions digestives cessèrent de s'exécuter aussi bien. A son entrée dans les salles, elle présentait l'état suivant : teinte ictérique générale et très-prononcée; la couleur jaune foncée des conjonctives ressortant sur la couleur verte des téguments de la face donne un aspect singulier à la physionomie. Langue humide recouverte d'un enduit jaunâtre. La région de l'estomac n'est point douloureuse; celle du foie, quoique résistante, peut être facilement déprimée. Le foie ne paraît pas avoir acquis un développement anormal; quand on exerce une pression un peu forte sur la région de la vésicule, on perçoit une résistance assez grande, mais on ne constate pas l'existence de calculs biliaires. Le ventre est souple, les digestions se font assez bien, les selles sont consistantes et d'un gris cendré; les urines sont rares, foncées, huileuses, évidemment mélangées de bile. Pouls serré, un peu fréquent; peau sèche sans augmentation de température. Malgré l'emploi des boissons alcalines, malgré l'administration de l'huile de ricin mélangée avec l'éther, et d'un assez grand nombre d'autres remèdes, l'état de la malade ne subit aucun

changement notable pendant plusieurs mois. L'ictère continua avec la même intensité; les selles furent toujours d'un gris cendré; les urines persistèrent à offrir le même aspect et le même dépôt. Le 25 décembre, le ventre se ballonna. M. Prus soupçonna que ce ballonnement était dû à la présence d'une certaine quantité de sérosité épanchée dans la cavité péritonéale, ce qu'il lui fut facile de constater. Les jours suivants, la malade eut des frissons et de la fièvre, la poitrine auscultée avec soin fit découvrir une pneumonie du lobe inférieur du poumon droit que la saignée et le tartre stibié à haute dose ne purent enrayer. La malade succomba le 1er janvier 1844.

L'autopsie présenta des particularités fort intéressantes. Un litre de sérosité jaunâtre, sans flocons albumineux, est épanché dans la cavité abdominale. Nulle trace d'inflammation du péritoine. En pressant le canal hépatique, la vésicule du fiel et le canal cholédoque on ne parvient pas à faire couler dans le duodénum la plus petite quantité de bile ni d'aucun autre liquide. Le calibre du canal cholédoque est tellement réduit, qu'il reçoit à peine l'extrémité d'un stylet. On s'efforce en vain de trouver le moindre pertuis à la jonction des canaux hépatique et cystique. Une tumeur de la grosseur d'une aveline, et de nature évidemment squirrheuse, ferme toute communication entre les trois canaux. La muqueuse était détruite dans l'endroit correspondant à la tumeur qui était formée par l'induration de la couche cellulaire sous-muqueuse. La vésicule était remplie par une substance demi-liquide, d'aspect gélatineux et de couleur verdâtre. Le canal hépatique peut facilement admettre le petit doigt, il se termine en cul-de-sac sur la tumeur décrite plus haut. Ses principales branches, également très-dilatées, peuvent être facilement suivies jusqu'à la périphérie du foie. Tous ces conduits sont remplis d'un liquide blanc, transparent, insipide, légèrement visqueux, n'offrant aucun des caractères de la bile. Le foie, d'un volume normal, offre partout une coloration verdâtre. Sa substance est composée de granulations plutôt vertes que jaunes, d'où s'échappe un sang noir.

Cette observation, continue M. Prus, doit donner lieu à quelques remarques. Et d'abord ne semble-t-elle pas démontrer que lorsque la bile ne peut plus couler dans l'intestin, le foie renonce en quelque sorte à une sécrétion dont le produit ne peut plus être utile à la digestion? En second lieu, ce fait tend à renverser l'ancienne doctrine qui expliquait l'ictère par le transport de la bile du foie dans le réservoir de Pecquet, et de là dans le torrent de la circulation. Il confirme l'opinion de plusieurs auteurs qui pensent que, dans certains cas au moins, les éléments de la bile n'étant pas séparés du sang par le foie, ces éléments et surtout la matière colorante de la bile sont expulsés avec l'urine ou les crachats. Ce fait, enfin, vient à l'appui d'une proposition émise par M. Prus, savoir, que les maladies squirrheuses jouent fréquemment dans les affections abdominales du vieillard le rôle que les tubercules remplissent dans les affections abdominales de l'enfance. (*Revue méd.*, mars 1845.)

FOLIE DES IVROGNES (*Sur les symptômes et le traitement de la*). Le professeur Fossati a appelé l'attention des médecins, au dernier congrès scientifique de Milan, sur l'existence d'une maladie spéciale des ivrognes, différente du *delirium tremens*, et dont l'effet et le symptôme principal sont une tendance morbide vers les liqueurs enivrantes, plus forte que la volonté du malade. Il a donné une description détaillée des phénomènes qui caractérisent la maladie. Indépendamment du trouble qui existe dans les fonctions organiques, il existe surtout des modifications très-marquées dans les facultés intellectuelles et morales. Le caractère devient bilieux, atrabilaire; l'âme est abattue, avilie, et dans un état de contradiction perpétuelle, qui la fait passer presque simultanément de la jactance à la prostration de l'amour-propre. La sûreté et l'agilité des mouvements musculaires est affaiblie, le corps est enclin à l'inertie; la sensibilité est émoussée autant au physique qu'au moral; les sens sont hallucinés et malades; la mémoire, le jugement, l'attention sont affaiblis; la volonté n'a plus qu'un but et devient l'humble instrument de l'impulsion morbide vers la fatale boisson. Il ne saurait classer autrement cette maladie que parmi les aliénations mentales, et comme Esquirol, parmi les monomanies, tant à cause du siége de la

maladie qu'à cause de ses alternatives de calme et de délire, et aussi parce que le malade, dans ce dernier état, devient dangereux à lui-même et à autrui. En conséquence, il propose un traitement psycho-thérapeutique, comme pour les fous, basé principalement sur la privation totale et coercitive des liqueurs alcooliques. On essayerait de joindre à ce moyen l'usage du fer, qui est regardé par l'auteur comme propre à guérir cette tendance morbide vers les boissons enivrantes. Il cite trois cas très-récents de guérison obtenue par les moyens suivants : séquestration du malade, privation totale des liqueurs alcooliques et traitement antiphlogistique. L'auteur termine par cette remarque importante : « Ce serait une noble mission, utile à l'humanité et conforme au but des progrès scientifiques, que de proclamer ouvertement l'existence du mal et son empire sur la volonté du malade, et l'efficacité présumable de la privation coercitive comme élément principal de traitement. » (*Gaz. méd. de Paris*, mars 1845.)

HERNIE VAGINO-LABIALE (*Sur le diagnostic et le traitement de la*). Le passage suivant de Boyer constitue l'indication la plus formelle que nous sachions exister dans les auteurs français de la forme de hernie que M. Stoltz appelle vagino-labiale. « Une portion d'intestin qui descend le long du vagin ne distend pas toujours les parois de ce canal pour former une entérocèle vaginale ; elle ne se porte pas toujours non plus vers le périnée en passant entre les fibres du muscle releveur de l'anus pour former une entérocèle périnéale. Elle s'avance quelquefois entre le vagin et la branche de l'ischion jusque dans le milieu de la grande lèvre, où elle produit une tumeur. M. Cooper est le premier et peut-être le seul qui ait observé cette espèce de hernie. » (Voir le Traité des maladies chirurgicales.) Les faits que la science a acquis depuis cette époque se bornent aux deux observations qu'Astley Cooper a consignées dans ses œuvres; ce chirurgien a donné à la hernie dont il s'agit le nom de pudendale. C'est un cas de cette nature que M. Stoltz vient de faire connaître, et que nous allons reproduire avec toutes les circonstances qui, au point de vue pratique, nous ont paru dignes de quelque intérêt. — Mme P., âgée de trente-cinq ans, d'une constitution délicate, était devenue enceinte pour la troisième fois au mois de juillet 1843 ; son dernier enfant n'avait pas dix-huit mois, les deux couches précédentes avaient été heureuses. Sujette à une constipation opiniâtre qui nécessite de violents efforts pour aller à la garde-robe, et à une toux habituelle qui donne lieu à une expectoration muco-purulente, Mme P..., à la suite d'un accès de toux et d'efforts souvent renouvelés pour rendre les matières fécales, remarqua du gonflement au côté droit de la vulve; il était surtout considérable après une station prolongée et une occupation fatigante. Elle ressentit bientôt des coliques et une tension considérable du ventre. Pendant la nuit ces accidents cessaient en même temps que le gonflement vulvaire disparaissait; celui-ci se reproduisait dès que Mme P... était levée depuis quelque temps. Appelé par cette dame, M. le docteur Stoltz constata d'abord le gonflement de la vulve ; la grande lèvre droite était volumineuse, et en même temps molle et nullement douloureuse à la pression. En la comprimant, il sentit quelque chose se déplacer sous ses doigts, la lèvre s'affaissa et reprit son volume normal. En faisant tousser la malade, la lèvre grossit de nouveau par l'irruption d'une partie venant manifestement de l'abdomen. Au bruit dont s'accompagna le taxis, M. Stoltz reconnut que la hernie était formée par une anse intestinale : quelle voie avait suivie cette anse d'intestin pour parvenir dans la grande lèvre, c'est ce que l'observateur va nous apprendre. Le taxis étant complétement opéré, M. Stoltz ferma l'anneau inguinal avec le pouce et engagea la malade à tousser. La hernie se reproduisit subitement sans que son doigt subît le moindre déplacement; mais il existait un autre signe qui montrait bien que la hernie n'était pas inguinale, c'était la tuméfaction qui occupait la moitié inférieure de la lèvre, tandis que la supérieure était libre. Or, le contraire a lieu dans la hernie inguinale de la femme. M. Stoltz ajoute que ce ne pouvait être une hernie par le trou ovale, car, dans ce cas, la tumeur se trouve à la partie interne et supérieure de la cuisse, séparée de la vulve par une largeur d'un doigt environ. Pour qu'il ne puisse rester aucun doute

sur la nature et l'origine de cette hernie, il convient de répéter le mode d'exploration suivant. Après avoir réduit l'intestin, on introduit le doigt indicateur et celui du milieu de la main droite dans le vagin, en comprimant les parois de ce conduit contre le corps de l'ischion correspondant. C'est ce qu'ayant fait, M. Stoltz engagea ensuite la malade à tousser, à faire des efforts; la hernie ne se reproduisit pas; mais aussitôt qu'il eut cessé de comprimer, il sentit un mouvement le long de ses doigts et l'enflure de la lèvre reparut. Le vagin lui-même ne présentait aucune saillie qui puisse être comparée à une hernie vaginale. Il devint évident alors que la hernie s'était faite suivant le mécanisme que nous indiquions d'après Boyer en commençant, et par une ouverture pratiquée à travers le muscle releveur de l'anus. Comme la hernie en question ne produisait aucun accident chez Mme P..., M. Stoltz, vu l'état de grossesse de la malade, ne voulut rien entreprendre avant son accouchement, qui eut lieu le 16 mars : comme d'ordinaire, la hernie se réduisit d'elle-même par suite du décubitus, et elle ne se reproduisit pas pendant le travail qui ne dura que quatre heures. L'accouchée se leva au dixième jour, ne marcha que quelques jours après, eut soin d'entretenir la liberté du ventre, et prévint ainsi le retour de la hernie. Trois mois après son accouchement rien n'avait reparu. D'après cela, ajoute l'auteur, il est permis de croire que la grossesse avait favorisé la descente d'une anse intestinale dans la grande lèvre par suite des changements survenus dans les rapports des organes situés dans l'excavation pelvienne. Ces rapports s'étant reconstitués à l'état normal, on comprend que les choses soient rentrées dans l'ordre accoutumé. Suivant M. Stoltz, le retrait de la matrice allant occuper de nouveau l'excavation, a joué le principal rôle dans la guérison; elle aurait servi pour ainsi dire de pessaire; car c'est à l'aide de cet instrument introduit dans le vagin et comprimant la paroi de ce canal contre le corps de l'ischion, qu'on peut espérer maintenir réduite la hernie, puisqu'on ferme de la sorte la voie qui lui a livré passage. (*Journ. de chir.*, mars 1845.)

LUXATION DE LA JAMBE *en avant (Observation de)*. Les pathologistes n'admettent la possibilité de la luxation de la jambe en avant que dans le cas où une violence extérieure agirait directement et en sens contraire sur la cuisse, d'une part, et de l'autre sur la jambe; quant à la production de ce déplacement articulaire par le seul fait d'une extension forcée du membre, ils la nient formellement. «En avant, dit M. Velpeau, la jambe se couderait au point de former un angle droit avce la cuisse, qu'il n'y aurait pas non plus de luxation, puisque la surface cartilagineuse se prolonge sur le plan antérieur du fémur.» Quelle que soit l'autorité que la théorie puisse donner à cette opinion, il n'en est pas moins vrai que le fait suivant, communiqué par le docteur Jacquot, montre une luxation survenue, la jambe étant dans une extension considérable, le corps se trouvant lui-même, à la vérité, emporté par un mouvement d'impulsion qui, dans le mécanisme de la luxation, a bien dû jouer un rôle assez important. Voici ce fait, d'autant plus digne d'intérêt que la science n'offrirait peut-être pas son analogue.

Obs. Benoit, militaire, âgé de vingt-un ans, entra à l'hôpital de Metz le 23 juillet 1844, une demi-heure après l'accident qui suit : faisant un saut de 4 mètres environ en longueur sur un terrain plat, il retomba sur le seul pied gauche, la jambe étendue et un peu rejetée en arrière, tandis que la jambe droite, portée en avant, ne touchait pas encore le sol. Immédiatement Benoit ressentit une vive douleur, et fit une chute sur le ventre. Transporté à l'hôpital, le chirurgien diagnostiqua à la première vue une luxation en avant de la jambe, tant cette lésion est caractérisée. Il présentait les symptômes suivants : le membre pelvien présente un coude brusque à l'article fémoro-tibial, de sorte que l'axe de la jambe tombe bien en avant de celui de la cuisse. La surface tibiale supérieure est recouverte par la rotule, dont la face sous-cutanée regarde en avant et en haut. Les condyles du fémur sont sentis en entier dans le creux poplité sous la peau qui est très-tendue : on ne sentait pas l'artère poplitée battre aussi superficiellement qu'on pourrait le croire; elle est cachée dans l'échancrure intercondylienne : saillie du triceps crural, et tension des tendons des muscles cruraux qui s'insèrent

en dedans et en dehors au tibia et au péroné, et qui forment ainsi deux cordes légèrement courbes, antéro-postérieures, à concavité regardant en haut. Membre très-mobile, flexion très-facile, à peu près indolore; extension un peu moins facile et douloureuse. Le pied est déjeté en dedans et en dehors, suivant la position qu'on donne au membre. Le raccourcissement ne dépasse pas 28 millimètres; le gonflement est modéré. Aucune ecchymose, aucun tendon n'est rompu; probablement qu'il n'en est pas de même des ligaments croisés : l'extension étant pratiquée par trois hommes à l'aide de tractions modérées, la réduction fut obtenue au bout de quelques secondes. Ces tractions furent assez douloureuses. Le soir même, saignée du bras. Bandage des fractures à extension pendant vingt jours. Compresses arrosées d'eau blanche. Le bandage est renouvelé de temps en temps, et on essaye la flexion que le chirurgien obtient facilement, mais que le malade ne peut produire sans s'aider de ses mains. Le gonflement, augmenté dans les premiers jours, diminue ensuite. Pas de douleur, excepté à la plante du pied, vers le bord interne et le long du tendon d'Achille. Cette douleur persista assez longtemps, assez intense parfois, et ne parut pas causée exclusivement par l'appareil. Celui-ci enlevé, le malade ne pouvait fléchir la jambe que jusqu'au point où le talon atteignait la malléole interne droite. Le 30 août, le talon atteignait le genou droit. Benoît pouvait faire une vingtaine de pas, mais il boitait fortement. Le 3 septembre, il quitte l'hôpital, marche avec un bâton, mais sans boiter, si ce n'est le soir quand il est fatigué. Il conserve de la faiblesse dans le genou, avec tendance à la flexion. Il n'y a plus aucun gonflement. (*Arch. de méd.*, avril 1845.)

OPÉRATIONS (*Moyens d'éviter les dangers et les accidents qui accompagnent les grandes*). M. le docteur Ballard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Besançon, a lu sur ce sujet un mémoire intéressant devant l'Académie des sciences. Il a reconnu que les opérés soumis à un régime fortifiant mouraient comme ceux qui avaient été fortement débilités par la diète et les saignées; seulement les premiers succombaient du cinquième au dixième jour de l'opération, tandis que les seconds allaient jusqu'au trentième ou quarantième jour. Par contre, chez ceux-là, quand la guérison survenait, la convalescence était très-rapide, tandis que chez les derniers, elle était très-longue. Faut-il conclure de là qu'un juste milieu, qu'une alimentation moyenne est indiquée? Nullement; car, dit M. Ballard, j'ai remarqué qu'en agissant ainsi, la mortalité était encore plus grande. Effrayé de ce résultat, l'auteur a étudié attentivement les causes des nombreux insuccès qui viennent affliger les chirurgiens dans la pratique des grandes opérations, et voici à quel résultat il est arrivé; suivant lui la mortalité dépend des causes suivantes : 1° la crainte de l'opération et l'anxiété qui précède l'instant où elle doit être pratiquée; 2° la douleur : c'est à l'ébranlement nerveux qu'elle détermine que succombent certains malades, soit pendant l'opération, soit peu d'instants après; 3° la fièvre traumatique ou de suppuration; 4° la fonte purulente des tissus qui ont été enflammés; 5° enfin l'encombrement, les émanations putrides qui s'exhalent des localités malsaines. En regard de ces causes, M. Ballard place les moyens qu'il emploie pour en neutraliser l'action : 1° il laisse ignorer aux malades le moment de l'opération et même la nécessité où l'on est de la pratiquer; 2° il engourdit la sensibilité, soit au moyen d'une ligature médiocrement serrée, soit au moyen d'un narcotique (de 3 à 4 centigr. d'hydrochlorate de morphine en 24 heures pendant deux ou trois jours avant l'opération); 4° il prévient la fièvre en enlevant la chaleur et la douleur à mesure qu'elles se développent, au moyen de corps froids (vessies remplies d'eau froide); 4° si les indications précédentes ont été remplies, la fonte purulente n'est pas alors à craindre, il n'a donc pas à s'en occuper. Quant à l'encombrement et aux émanations malsaines, tout le monde connaît le moyen d'y remédier. A l'appui de sa manière d'agir, M. Ballard cite les résultats de sa pratique depuis qu'il prend les précautions ci-dessus indiquées. Sur vingt-huit amputations, dont onze de la cuisse, il n'a pas perdu un seul malade. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, février 1845.)

OPERATION CESARIENNE *faite avec succès* (*Observation d'*). Nous

ne croyons pas qu'il existe dans la science une observation d'opération césarienne plus surprenante que celle qui est rapportée par M. le professeur Bresciani de Borta, de Vérone. Ce professeur fut appelé, le 4 juillet 1844, à donner ses soins à une femme de vingt ans en travail depuis deux jours. Les eaux étaient écoulées depuis le commencement du travail, et l'utérus ne se contractait plus. Il y avait difformité extrême du bassin et du tronc, par suite d'un rachitisme congénial. Le bassin était totalement dévié à droite; les lèvres du col, au lieu d'avoir une ouverture ronde, en avaient une oblique, à travers laquelle sortait une tumeur molle, aplatie et de quelques lignes d'épaisseur. Entre autres anomalies, le sacrum faisait une saillie énorme dans le bassin et rétrécissait considérablement les diamètres du détroit inférieur. La version fut tentée inutilement de toutes les manières. Le forceps était inapplicable, et l'embryotomie fut rejetée, avec raison selon nous, car le fœtus était manifestement vivant. La symphysotomie n'offrait aucune chance, vu l'extrême rétrécissement du bassin. Après avoir pris conseil des praticiens de Vérone, l'auteur se décida pour l'opération césarienne. Mais quel procédé employer en ce cas où la position de l'utérus était si anormale? Si, comme l'indique Baudelocque, il taillait entre l'ombilic et le pubis, il ne serait pas arrivé sur le corps de l'utérus, tant celui-ci était dévié de la ligne médiane; en la pratiquant comme Lauverjat, il serait tombé au voisinage de l'orifice vaginal et non sur le fond de l'utérus. Il ne pouvait suivre le précepte des anciens, qui conseillent de faire l'incision du côté gauche; car l'utérus était tout à fait du côté droit. L'auteur dut donc s'improviser, à lui-même un procédé particulier.

Il pratiqua l'incision avec un bistouri convexe le long du bord externe du muscle droit, en évitant l'artère épigastrique, et la conduisit à travers les muscles abdominaux, pendant que les assistants s'efforçaient de pousser sous son instrument le fond de l'utérus dégagé des intestins. Arrivé sur cet organe, il l'incisa, déchira la poche des eaux, saisit le fœtus par les pieds et l'amena en dehors par le tronc, puis par les bras, et enfin par la tête. Le placenta étant ensuite retiré, il lava la cavité utérine avec de l'eau froide et pratiqua la suture entortillée. Une ouverture d'un pouce et demi de circonférence fut laissée à l'angle inférieur de la plaie pour l'écoulement des lochies abdominales; une tente y fut introduite. Tout ceci s'était fait en cinq minutes, dont les trois dernières pour la suture seule. L'enfant, qui était vivant et bien portant, fut baptisé sous le nom de Jules-César, à cause de la similitude que son entrée en ce monde avait eue avec celle du célèbre dictateur. La mère eut une péritonite puerpérale, qui fut réprimée par la méthode antiphlogistique. Mais elle n'était pas au bout de ses épreuves, et c'est ce qui rend sa guérison véritablement extraordinaire. Peu de jours après l'opération, une frayeur subite qu'elle éprouva par l'effet de l'idée d'un fantôme qui la poursuivait la jeta dans de graves convulsions. Quarante-trois jours après l'opération, elle put sortir de sa chambre et elle en sortit en effet d'une manière qui pouvait être pour elle la source de nouveaux accidents. Cette malheureuse, après avoir échappé aux périls d'une opération terrible, à ceux de la péritonite, après avoir survécu à une fièvre miliaire, à la *phlegmasia alba dolens*, à une helmintiasis grave, venait de passer tranquillement la journée du 15 août, lorsque, dans la nuit, elle eut à subir de nouveaux dangers, ceux d'un incendie. Le feu avait atteint une pièce attenant à sa chambre et y avait dévoré trois bœufs; elle allait inévitablement succomber, si un homme ne se fût dévoué à l'enlever à travers la fumée et les flammes. Eh bien! telle était l'énergie de la force vitale chez cette femme, qu'elle arriva sans autre accident à une guérison parfaite. (*Ann. univ. di med.*, et *Journ. des conn. méd. et chir.*, mars 1845.)

POISONS (*Réfutation de deux erreurs contre lesquelles il importe de prémunir les experts chargés de la recherche médico-légale des*). Sans vouloir entrer dans les détails d'une polémique irritante et qui ne tend à rien moins qu'à jeter le doute et la confusion sur les matières importantes dont s'occupe la toxicologie, nous dirons qu'une école toxicologique, qui prend le titre d'école nouvelle, a posé en principe : 1° qu'il était nécessaire, pour établir que l'empoisonnement a eu lieu, de recueillir une quantité de substance vé-

néneuse qui ne soit pas trop faible; 2° que l'on opère plus sûrement en n'analysant que quelques grammes de matière suspecte, du foie, par exemple, plutôt qu'en agissant sur une portion considérable de cet organe.

C'est contre ces deux principes que M. Orfila vient de s'élever avec force dans un article récent. Sur le premier point, le célèbre professeur démontre que les magistrats doivent s'abstenir d'adresser aux experts des questions relatives à la proportion des substances vénéneuses qu'ils auront recueillies, dans le but de savoir si cette proportion était suffisante pour donner la mort, et cela par deux motifs impérieux qui peuvent être ainsi résumés : la loi ne les autorise pas à le faire: les gens de l'art sont dans l'impossibilité de résoudre ces questions.

Sur le second point, jamais, dit M. Orfila, principe de toxicologie plus funeste n'a été mis en avant. La question est déjà jugée, continue-t-il, pour ceux qui ont fait ce simple calcul : si 10 grammes de foie empoisonné par l'acide arsénieux, par exemple, donnent un d'arsenic, 20 grammes fourniront le double, 30 grammes le triple, et ainsi de suite; ceux-là seront donc étonnés que la question leur soit présentée. Fidèle à la doctrine qu'il avait déjà soutenue, M. Orfila, par des considérations puisées dans la physiologie et dans les procédés chimiques, exige que l'expert agisse sur la totalité du foie, à moins que les magistrats ne supposent qu'une première expertise puisse être contrôlée par de nouveaux experts; cas dans lequel il faudrait n'agir que sur la moitié du foie seulement. En agissant sur de petites quantités, M. Orfila fait voir que suivant l'époque où l'expertise sera faite, en vertu de la loi d'élimination, on pourra ne trouver qu'une quantité infinitésimale d'agent toxique, quantité qui aurait augmenté si l'on avait agi sur l'organe en totalité. (*Annales d'hygiène*, t. 33.)

PROLAPSUS UTERIN (*Nouveau moyen de traitement du) par l'amputation du col*). Il est certaines chutes de la matrice que les pessaires ne peuvent contenir et contre lesquelles même leur emploi n'est pas sans danger. On sait que bien des tentatives ont été faites pour remédier à cette infirmité ; oblitération complète ou incomplète du vagin, suture et cautérisation, enlèvement d'une ou de plusieurs lanières de la muqueuse qui tapisse ce conduit, tout cela, après avoir été proclamé comme utile, et plus ou moins fréquemment employé, n'a donné que des résultats incomplets et précaires. Ce qui n'avait jamais été tenté, c'est de faire éprouver une perte de substance plus ou moins considérable à la matrice afin de la rendre moins lourde, et par conséquent moins disposée à tomber. M. le docteur Chaumet, de Bordeaux, a conçu l'idée de cette opération, et l'a exécutée avec succès. Ce cas est trop important pour que nous ne l'exposions pas avec quelques détails.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, robuste et bien constituée, qui, après un premier accouchement datant de cinq ans, éprouva un abaissement, et peu à peu une descente complète de la matrice. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme n'avait jamais employé de traitements : ses occupations de travail à la terre, loin de pallier son affection, n'ont fait que l'augmenter; amaigrissement général, faiblesse considérable, petitesse du pouls, décoloration de la peau.

Le vagin en entier est retourné comme un doigt de gant, et forme de cette manière un fourreau à la matrice, qu'il tient, pour ainsi dire, suspendue entre les cuisses. Lorsque la femme est debout, l'extrémité inférieure de cette espèce de tumeur, qui a la forme et le volume d'une tête de fœtus considérablement allongée, correspond au niveau de la moitié des fémurs.

Le museau de tanche est excessivement hypertrophié; les deux lèvres en sont gonflées, et ont acquis un volume double de leur état normal. Il présente deux ulcérations, l'une sur la lèvre supérieure, l'autre sur la lèvre inférieure. Son orifice, légèrement entr'ouvert, permet à peine l'introduction d'un bout de sonde en gomme élastique; il s'écoule de cette ouverture une certaine quantité de matière mucoso-purulente, filante et très-odorante.

De ces faits, on conclut immédiatement au diagnostic suivant : chute complète de l'utérus au troisième degré avec hypertrophie considérable de cet organe, s'accompagnant d'épaississement et d'induration des parois vaginales, et enfin d'ulcéra-

tion de nature douteuse sur le museau de tanche.

Le traitement fut d'abord dirigé contre les complications. Il ne présente rien de nouveau à reproduire. Il dure deux mois. A cette époque, toute ulcération sur le museau de tanche avait complétement disparu; la matrice, quoique toujours hypertrophiée, avait néanmoins diminué de volume; la muqueuse vaginale a repris un peu de sa souplesse et de son aspect velouté, mais les phénomènes généraux n'en persistent pas moins. Cette femme, encore jeune, réclame une guérison radicale, que M. Chaumet tente de la manière suivante. La malade est posée sur un lit dans la situation ordinaire de la taille. La muqueuse vaginale est saisie à droite avec des pinces; la main, armée d'un histouri droit, y circonscrit un lambeau quadrilatère de trois centimètres de largeur, occupant toute la partie moyenne de la muqueuse vaginale, et s'étendant depuis la jonction de la peau, au niveau de la grande lèvre, jusqu'au museau de tanche; quatre points de suture sont pratiqués de haut en bas, et un cinquième, à la partie externe, de suture entortillée, termine ce temps de l'opération. Une fois les points de suture appliqués, immédiatement après l'incision et la dissection du lambeau, on procède aux ligatures; deux sont nécessaires : le sang étanché, la réunion est faite; il ne reste plus, si on se borne à imiter ce qui a été fait jusqu'à présent, qu'à opérer la réduction. Mais le volume de la matrice étant, ainsi que son poids, la cause, sinon la plus importante, du moins l'une des plus puissantes de la chute, M. Chaumet n'hésite pas à faire sur-le-champ la résection du col dans toute sa hauteur; cette résection s'est faite avec le bistouri, sans douleur, et avec un écoulement peu considérable de sang. Dès lors la réduction du corps de l'utérus s'est opérée sans aucune difficulté, et le doigt, introduit dans cette nouvelle cavité, a fait reconnaître le nouvel orifice utérin à une hauteur de huit à neuf centimètres. Un tampon de charpie, recouvert d'un linge fin fenêtré et enduit de cérat, a été introduit dans la cavité vaginale; un baudage de corps, muni de deux compresses passant sous chaque cuisse, retenait le tout : l'hypogastre a été constamment recouvert de compresses émollientes. Une sonde avait été placée à demeure dans l'urètre. Nous ne décrirons pas jour par jour les symptômes offerts par la malade. Disons seulement que le vingtième jour, M. Chaumet, dans le but de consolider la cicatrice, la cautérisa avec le fer rouge, ce qui a produit un très-bon effet. Du reste, depuis le jour de l'opération, 16 août, jusqu'au 16 novembre, deux précautions furent concurremment employées sans discontinuer; les injections et une position spéciale. Les injections faites avec soin, deux ou trois fois par jour dans les commencements, puis, matin et soir seulement, furent d'abord simplement émollientes, puis toniques et astringentes, puis avec le sulfate de zinc. Quant à la position, la tête et le thorax furent abaissés et mis sur le même plan horizontal, le bassin légèrement soulevé et incliné un peu sur le thorax au moyen d'un coussin formant un commencement de plan incliné, se prolongeant en augmentant sous les cuisses et les jambes de manière à former avec le plan pelvien un angle de 150 degrés.

Le 1er décembre, cent jours après l'opération, on a permis à la malade de se lever. Le 4 décembre, et après un traitement *ad hoc*, les règles ont reparu. Au 20 février, cette femme était dans l'état le plus satisfaisant, et huit mois après l'opération, la guérison s'était parfaitement maintenue.

Ce qu'il y a de véritablement nouveau dans ce fait, c'est l'ablation du col de l'utérus, opération hardie sans doute, que nous n'oserions pas ériger en précepte dans des cas analogues, mais qui a été suivie ici d'un succès véritablement remarquable et dans une circonstance où tout autre moyen connu aurait inévitablement échoué. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 15 mars 1845.)

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU *(Considérations générales sur la médication par le sulfate de quinine appliquée au)*. Nous avons fait connaître dans ce recueil et à plusieurs reprises les travaux les plus remarquables qui ont été publiés sur ce sujet. C'est même dans ce journal qu'a été publié le mémoire de M. Briquet qui fixa l'attention des praticiens sur ce sujet (voy. *Bulletins*, t. 12, 23, 24.) Depuis lors, narrateurs impartiaux, nous avons fait connaître les opinions et les discus-

sions qui ont surgi à l'occasion de cette médication, qui a ses apologistes et ses contradicteurs. Fidèles à ces errements, nous allons aujourd'hui présenter l'analyse d'un travail consciencieux et étendu publié par M. le docteur Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu-annexe de Paris.

Ce mémoire est appuyé sur vingt-quatre observations qui semblent mettre deux faits hors de doute : l'un, c'est l'action sédative, hyposthénisante du sulfate de quinine ; l'autre, l'influence favorable de ce médicament sur les phénomènes et la durée du rhumatisme articulaire aigu. Précisant les cas dans lesquels cet agent s'est montré efficace ou non, M. Legroux a vu que le rhumatisme aigu, fébrile et poly-articulaire, *la pyrexie rhumatismale* en un mot, est le champ de triomphe de ce médicament. Quant au rhumatisme mono-articulaire localisé, à l'arthrite du genou, notamment à l'arthrite blennorrhagique, quant aux arthralgies rhumatismales peu ou pas fébriles, tous ces cas ont été plus ou moins récalcitrants à la médication. Si quelquefois la maladie paraît fléchir, le mieux n'est, sauf de rares exceptions, que momentané; il arrive même que l'arthrite localisée passe à l'état chronique, et devient l'origine d'une tumeur blanche.

M. Legroux n'a observé que peu ou point de phénomènes primitifs ou locaux après l'ingestion du sulfate de quinine. Quant aux effets secondaires ou physiologiques, ils ont ressemblé à tout ce qui a été observé à cet égard; M. Legroux n'a pas eu d'accidents toxiques, mais nous dirons que la dose, sensiblement moins grande, à laquelle il a administré le médicament, l'a garanti de tout malheur à cet égard.

Les phénomènes les plus généralement observés par M. Legroux ont été le ralentissement du pouls et l'abaissement de température de la peau.

Quant à l'influence du médicament sur le rhumatisme lui-même, voici un résumé des vingt-quatre observations de M. Legroux. Parmi ses rhumatisants, les uns étaient affectés depuis trois à quatre jours, d'autres depuis sept à neuf, depuis quinze à dix-sept, un seul depuis vingt-neuf, ou terme moyen, depuis environ dix jours, quand la médication a été commencée.

La durée du traitement nécessaire pour opérer la guérison a été de trois jours pour deux malades, de quatre pour six, de six pour quatre, de huit et neuf pour quatre, de douze et de quinze pour deux autres, ou terme moyen, six jours pour chacun; le traitement ayant néanmoins été continué un ou deux jours après la guérison, la durée totale du traitement a été de sept jours trois dixièmes pour chaque malade; et la durée totale de la maladie et du traitement qui la terminait, dix-sept jours et demi, la guérison étant néanmoins assurée dès le seizième.

Sur les vingt-quatre malades, cinq ont eu des récidives. Les complications du côté du cœur ont existé sept fois, dont six fois avant la médication ; la médication quinique n'a que peu d'action sur cette complication.

M. Legroux n'a employé le sulfate ni de la même manière, ni à d'aussi hautes doses que quelques praticiens l'avaient fait. Il résulte de ses observations qu'il donnait le médicament en poudre dans du pain à chanter, à doses fractionnées dont les extrêmes ont été de 50 centigrammes à 2 grammes par jour en six ou huit doses. La somme du sulfate de quinine employée a été, en moyenne, de 9 à 10 grammes pour toute la durée du traitement.

M. Legroux a terminé son mémoire par les conclusions suivantes, que nous croyons devoir reproduire:

« Le sulfate de quinine est un sédatif puissant de la circulation ; il a sur la marche et la durée du rhumatisme articulaire aigu une puissante influence ; il en atténue les symptômes, en diminue sensiblement la durée, et probablement aussi prévient plus souvent que les autres modes de traitement les fluxions cardiaques. Il n'est point infaillible, mais il réussit dans la grande majorité des cas ; administré à doses moyennes et fractionnées, il est exempt de tout inconvénient, et n'expose le malade à aucun danger d'intoxication ; il réussit souvent seul; mais il est quelquefois utile de lui associer une ou deux saignées. La combinaison de ces deux moyens, c'est-à-dire des saignées très-modérées et de la médication quinique, me semble réunir le double avantage de combattre à la fois la fièvre pléthorique et les congestions locales, et l'état diathésique ; le sulfate de quinine me semble avoir une supériorité marquée sur

les autres moyens. » (*Journal de médecine*, janvier, février et mars 1845.)

SURDI-MUTITÉ *héréditaire* (*Observation de*). M. Cunier a cité, dans une discussion de l'Académie de médecine belge, un exemple de surdi-mutité héréditaire des plus remarquables. Une femme née d'une mère microphthalmique, mais ayant les deux yeux parfaitement conformés, s'est unie à un homme dont la grand'mère était sourde-muette. De ce mariage sont nés cinq enfants, trois garçons et deux filles; ces deux dernières sont affectées de microphthalmie; chez l'une d'elles, qui est en même temps sourde et muette, il y a absence complète de l'iris: l'autre est mariée, et la fille qu'elle a mise au monde, il y a trois ans, est sourde et muette, en même temps qu'attaquée de microphthalmie avec colobome de l'iris. La microphthalmie, on le sait, est considérée comme un arrêt de développement de l'œil. (Voyez notre dernière livraison.) Cette hérédité de la surdi-mutité et de la microphthalmie, dans une même famille est bien digne de fixer l'attention. (*Archives de la méd. belge*, févr. 1845.)

VARIÉTÉS.

— Nous apprenons avec plaisir, à cause du grand intérêt que nous portons à l'École de Montpellier, que M. le ministre de l'instruction publique a accordé à M. Bouisson la permutation qu'il avait demandée de la chaire de pathologie qu'il occupe dans cette Faculté, pour la chaire de clinique chirurgicale laissée vacante par la démission de M. Lallemand.

— Notre honorable collègue M. Florent Cunier, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, vient d'être admis, en même temps que M. de Humboldt, au nombre des douze associés étrangers de l'Académie royale des sciences de Madrid ; il vient d'être également nommé membre de l'Académie impériale de médecine de Rio-Janeiro.

— La chaire de physiologie et d'anatomie pathologique était vacante à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, par suite du départ de M. Casimir Broussais pour l'Algérie. Cette chaire a été mise au concours. Les candidats étaient MM. Durand, médecin à l'hôpital militaire de Blidah (Afrique); Maignien, chirurgien aide-major de la garde municipale de Paris; Marchal (de Calvi), et Tourni, chirurgiens-majors. M. Marchal a réuni l'unanimité des suffrages, et a été présenté à la nomination du ministre de la guerre.

— M. le docteur Charles Sédillot vient d'être nommé, par le ministre de la guerre, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU SPASME DE LA GLOTTE, ASTHME THYMIQUE OU DE KOPP, ET DE SON TRAITEMENT.

La première question que l'on doive se poser, à propos de cette maladie, c'est celle de savoir si elle existe réellement, ou si les auteurs qui l'ont inscrite comme affection spéciale dans le cadre nosologique n'ont point abusivement individualisé quelques phénomènes exceptionnels observés dans des maladies connues et déjà nommées. Pendant plusieurs années, cette dernière opinion a été celle de presque tous les médecins français, et, dans ces derniers temps, M. Valleix vient encore de la reproduire. Lorsqu'en effet on lit avec attention la description qu'ont donnée de l'asthme thymique un certain nombre de médecins, les médecins anglais surtout ; lorsque, d'un autre côté, on compare les résultats statistiques contradictoires auxquels divers observateurs sont arrivés sur la terminaison de cette maladie, il est impossible de ne pas reconnaître que plusieurs auteurs sont tombés, sur ce sujet, dans des erreurs plus ou moins graves. L'angine striduleuse ou faux-croup paraît être principalement la maladie que l'on a confondue avec le spasme de la glotte. Cette confusion se trahit non-seulement par l'histoire que l'on a tracée de la marche de la maladie, par l'indication des circonstances au milieu desquelles on l'a vue se développer, mais encore et surtout par un trait plus général et plus décisif, la gravité même du mal. C'est ainsi que, suivant quelques observateurs, le pronostic doit être toujours extrêmement grave en face de cette affection, tandis que, suivant d'autres, il est très-souvent permis de compter sur une terminaison heureuse.

Quoi qu'il en soit de ces contradictions, depuis que les docteurs Kopp, Hirsch, etc., ont appelé l'attention des observateurs sur cette forme particulière d'asthme chez les enfants en bas âge, la plupart des médecins français ont reconnu la réalité de cette maladie, et se sont efforcés de dissiper l'obscurité qui entoure son diagnostic. M. Blache, un des premiers, en a tracé l'histoire dans le *Répertoire général des sciences médicales* (1) ; MM. Berton (2) et Barrier (3) sont venus ensuite qui,

(1) Tome XVII, page 514. — (2) *Traité pratique des maladies des enfants*, page 333. — (3) *Traité pratique des maladies de l'enfance*, p. 446 et suiv., tome I.

mêlant la description de cette maladie avec d'autres formes morbides, dont elle se rapproche par ses symptômes, ont peut-être plus obscurci la question qu'ils ne l'ont élucidée. Enfin, dans ces derniers temps, MM. Barthès et Rilliet, s'éclairant des travaux de leurs prédécesseurs, et leur appliquant une analyse sévère, ont irrévocablement classé dans le cadre nosologique une affection qu'il n'est plus permis de nier, parce qu'elle a des caractères qui la distinguent essentiellement de toutes celles avec lesquelles on l'avait si longtemps confondue (1).

Cette indication des principales sources auxquelles on peut puiser pour s'éclairer sur cette importante question nous dispensera de donner ici du spasme de la glotte une description qui puisse diriger sûrement ceux à qui l'expérience n'aurait point encore appris à reconnaître cette maladie. Toutefois, pour que les faits que nous nous proposons de rapporter ici ne soient point comme une lettre morte, il est nécessaire d'esquisser les principaux caractères de cette grave affection.

D'abord, il est impossible de confondre le spasme de la glotte avec l'angine striduleuse, et à plus forte raison avec le croup proprement dit. Outre que ces deux dernières maladies ont une marche essentiellement aiguë, elles ont des symptômes propres qui les distinguent essentiellement de l'asthme thymique. Le croup s'accompagne constamment à son début d'une réaction fébrile qu'on n'observe jamais, à moins de complication, dans la maladie de Kopp. Ensuite on voit se développer successivement un ensemble de phénomènes tellement caractéristiques, qu'il est impossible de se méprendre sur la nature et le siége précis de cette redoutable affection. Il en est de même de la laryngite striduleuse, la toux, la raucité de la voix, le flux nasal, la fièvre plus ou moins intense, qui, accompagnant cette maladie, en montrent évidemment le génie catarrhal; c'est, comme le disait un jour avec un grand bonheur d'expression M. le professeur Trousseau, un enchiffrènement de la glotte : la spécialité et la gravité apparente des phénomènes par lesquels une lésion si légère se traduit à l'observation tiennent uniquement aux conditions anatomiques au milieu desquelles on la voit ici parvenir.

Rien de tout cela ne s'observe dans la maladie dont il s'agit en ce moment : aucun prodrome n'annonce à l'avance la grave perturbation qu'on observera plus tard du côté de la respiration et des grandes fonctions du système nerveux. L'enfant perd tout à coup la respiration : des cris, des pleurs, les mouvements de déglutition peuvent provoquer l'accès, mais ils n'en sont que la cause occasionnelle; on le voit dans quelques cas survenir sans qu'aucune influence de ce genre en provoque

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 252.

la manifestation. Dans cette interruption de la respiration, on n'observe que quelques inspirations petites, sifflantes, involontaires, auxquelles succèdent des expirations à peine appréciables. Cependant le facies du malade pâlit ou devient comme cyanosé, les yeux ouverts sont fixes, et la raideur du corps, ou quelques mouvements convulsifs joints à l'anxiété des traits du visage, expriment le trouble profond survenu dans les fonctions les plus importantes de l'organisation.

Un des caractères fondamentaux de cette maladie, et auquel devront faire la plus grande attention les pathologistes qui essayeront d'en déterminer la nature avec des vues un peu plus larges qu'on ne l'a fait jusqu'ici, c'est la soudaineté avec laquelle ces accès apparaissent, leur peu de durée et la rapidité avec laquelle ils se dissipent. C'est, le plus ordinairement, au milieu de la santé la plus parfaite que l'enfant est pris de ces terribles accidents; ils durent une, deux ou trois minutes; dans quelques cas même ils ne dépassent pas vingt ou trente secondes; et, de même qu'on les a vus survenir au milieu de la santé la plus florissante, souvent, lorsque l'accès est terminé, on voit l'enfant reprendre soudainement sa gaieté et son aspect ordinaire.

Il est difficile, en présence d'un tableau aussi fugace et aussi mobile, de se rallier, en ce qui touche à la nature ou la cause prochaine de cette affection, à l'opinion émise par Kopp, Hirsch, etc., et partagée jusqu'à un certain point par MM. Berton, Barrier, Rilliet et Barthès. D'après les premiers de ces auteurs, l'ensemble symptomatique dont nous venons d'esquisser les principaux traits aurait son point de départ dans la compression exercée par le thymus hypertrophié sur les organes respiratoires. Quant aux seconds, sans admettre d'une manière exclusive cette théorie, ils pensent que dans quelques cas la maladie peut en effet dériver de cette influence, mais ils admettent également qu'elle peut résulter d'un simple trouble survenu dans l'innervation locale. « Nous ne répugnons nullement à admettre, disent les auteurs du *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, que des phénomènes morbides identiques, et qui tiennent évidemment à une perturbation de fonction du système nerveux, puissent exister tantôt sans lésion, tantôt avec une altération médiate ou immédiate de l'appareil nerveux. Ainsi, de même que nous verrons la chorée, la contracture, les convulsions, exister sans lésions appréciables du système encéphalo-rachidien, tandis que dans d'autres cas les mêmes maladies sont le résultat d'une altération des nerfs, du cerveau, ou de la moelle; de même aussi nous concevons fort bien l'existence de l'asthme de Kopp, tantôt comme une maladie primitive, tantôt comme un résultat de la compression des nerfs pneumo-gastriques par le thymus hypertrophié. » M. Barrier avait tenté cette sorte de syn-

crétisme avant les deux auteurs que nous venons de citer, et l'avait soutenu par les mêmes arguments.

Pour nous, nous l'avouerons, cette argumentation, bien que les faits semblent l'autoriser, est loin de nous paraître aussi rigoureuse qu'elle l'est au jugement de ces médecins distingués. A notre sens, toutes les fois qu'une maladie bien tranchée, nettement caractérisée, se produit avec l'ensemble des symptômes qui la spécifient, en dehors des lésions matérielles, des altérations organiques avec lesquelles on la voit plus ou moins fréquemment coïncider, nous n'hésitons point à placer la cause de cette maladie au delà de ces lésions, de ces altérations. Cette vue éminemment philosophique n'est point nôtre, M. le professeur Andral l'ont développée souvent soit dans ses cours, soit dans ses livres. C'est même le sentiment de cette insuffisance des lésions anatomiques, leur inconstance dans une foule de désordres pathologiques identiques, qui l'ont conduit dans ces derniers temps à rechercher au delà du solide la raison, la cause de ces désordres. Si, lorsqu'il s'agit de la fièvre typhoïde, par exemple, nous ne balançons pas à conclure d'un certain nombre de faits négatifs (en si petit nombre qu'ils soient), que le point de départ des accidents observés dans cette maladie doit être recherché au delà de la muqueuse intestinale, combien *à fortiori* nous est-il permis d'affirmer qu'il doit en être de même lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi soudaine dans son développement, aussi rapide dans sa marche que l'est l'asthme de Kopp, cette sorte de vertige épileptique de l'appareil respiratoire, pouvons-nous dire, en modifiant un peu une expression d'Hufeland?

C'est évidemment se faire illusion que d'affirmer, comme l'ont fait ces divers auteurs, que l'on conçoit sans difficulté qu'une cause telle qu'un thymus hypertrophié, induré, comprimant mécaniquement l'appareil respiratoire, le comprimant d'une manière constante, continue et au même degré, puisse être la cause d'accidents aussi fugaces, aussi mobiles que ceux dont se compose un accès de la maladie dont il est question en ce moment. S'il nous fallait nécessairement assigner à de semblables phénomènes pathologiques une cause immédiate, nous aimerions mieux placer celle-ci dans le trouble fonctionnel provoqué par les cris, les pleurs, les mouvements de déglutition, que dans la cause purement mécanique à laquelle on n'hésite point à s'arrêter.

Du reste, les difficultés que nous venons de signaler ont conduit un grand nombre d'auteurs à rejeter complétement les idées de Kopp, de Hirsch sur la nature de cette affection, à accepter au contraire celles de Caspari, de Pagenstecher, d'Hufeland, qui la définissent un spasme de la glotte, et instituent la thérapeutique relative à cette maladie d'après cette conception pathologique.

Nous ne pousserons pas plus loin cette discussion, qui a son importance cependant, puisque de la solution donnée au problème qu'elle pose dépend la thérapeutique qu'il s'agit d'opposer à la maladie.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à rapporter quelques faits propres à éclairer le diagnostic d'une affection toujours fort grave, que l'on peut confondre avec une maladie fort légère qui se présente avec un appareil de symptômes dont on pourrait s'effrayer, si l'on n'en était averti : c'est ce que nous allons faire rapidement.

Il est quelques enfants qui ne peuvent être contrariés, pleurer, crier, sans qu'on soit menacé de les voir perdre complétement la respiration, et tomber dans une véritable syncope qui se prolonge plus ou moins longtemps. Cet ensemble d'accidents n'a point échappé à MM. Rilliet et Barthès, qui le signalent de la manière suivante : « Il est enfin un troisième état qu'il faut distinguer du spasme de la glotte : c'est cette espèce de suspension de la respiration que l'on observe quelquefois chez les enfants, à la suite de la contrariété, des cris, ou dans différentes maladies. Leur visage devient violet, leurs membres s'agitent, ils restent raides ; mais au bout de quelques minutes ils reviennent à eux. Kopp va trop loin lorsqu'il attribue cet état à une légère tuméfaction du thymus. Evidemment cette espèce de suffocation n'a d'autre rapport avec l'asthme thymique, qu'en ce sens qu'ils dépendent tous deux d'un spasme de la glotte ; mais ils se distinguent facilement, parce que le second survient sous l'influence de causes occasionnelles spéciales, et en particulier d'une vive contrariété (1). » Malgré la distinction que MM. Rilliet et Barthès cherchent à établir entre les deux états morbides dont il est question, distinction qui s'efface devant les termes presque identiques dont ils se servent pour l'exprimer, il est évident que c'est là une double série d'accidents qui ont entre eux la plus grande analogie dans la forme symptomatique par laquelle ils se traduisent. Voici un fait que nous avons observé l'an passé, et qui vient à l'appui de cette assertion.

L'enfant de M. L., notaire, âgé de dix-huit mois, est pris dans la nuit d'un accès de suffocation avec toux rauque, bruyante, et une réaction fébrile assez intense. Bien que l'ensemble des phénomènes observés nous rassurât sur l'existence d'un croup, nous crûmes devoir cependant combattre ces symptômes avec quelque énergie, et prescrivîmes une application de deux sangsues sur les côtés du larynx, des bains de pieds, et plus tard un léger vomitif. Peu à peu ces accidents s'amendèrent, puis disparurent. Cependant l'enfant, bien constitué d'ailleurs, resta

(1) *Op. cit.*, p. 255.

pendant un certain temps pâle et faible. Sous l'influence de cette disposition, une plus grande irritabilité se manifesta, les pleurs, les cris devinrent plus fréquents. Enfin arrive un temps où chaque fois que l'enfant pleure il y a suspension complète de la respiration, raideur, puis résolution des membres ; en même temps la face se cyanose légèrement, et les yeux deviennent fixes. Ces accidents durent quelques minutes et se reproduisent plus ou moins fréquemment pendant cinq ou six mois environ. A mesure que l'enfant recouvra ses forces, que sa santé se raffermit, ces phénomènes s'éloignèrent, et aujourd'hui ils ont à peu près complétement cessé.

Au point de vue de la symptomatologie, en quoi ces accidents diffèrent-ils réellement de l'asthme de Kopp? Pour nous, nous l'avouerons franchement, nous ne le voyons pas clairement. Donnera-t-on comme symptôme pathognomonique de cette dernière maladie l'inspiration sifflante, involontaire, qu'on observe au début de l'accès? Si dans les deux cas il y a spasme de la glotte, nous ne pensons pas qu'on puisse trouver là un phénomène caractéristique. Est-ce à dire cependant que nous admettions avec Kopp qu'il y ait identité de nature entre ces deux affections? Non certainement; et nous nous appuyons surtout, pour soutenir cette assertion, sur ce fait qu'elles sont loin de présenter le même degré de gravité : l'asthme de Kopp proprement dit constitue toujours une maladie fort grave, tandis que dans les cas analogues à celui que nous venons de citer, on voit presque constamment les accidents disparaître spontanément, et sans laisser de trace dans l'organisme.

Qu'on me permette, pour bien établir cette innocuité, de rappeler encore succinctement un fait qui m'a beaucoup frappé dans le temps où je l'observai. Mon frère, aujourd'hui âgé de vingt-sept ans, et pharmacien à Dieppe, éprouva dans son enfance des accidents qui nous effrayèrent fort à leur début. Naturellement volontaire et impatient, il arriva un moment où il ne put supporter la moindre contradiction sans perdre immédiatement connaissance : cette syncope était constamment le résultat d'une suspension complète de la respiration, qui s'accompagnait elle-même d'un état violacé de la face et d'une raideur générale de tous les membres. Ces accidents se montrèrent à des intervalles plus ou moins rapprochés pendant un an et demi environ, puis disparurent sans retour, comme aussi, je crois, sans médication bien compliquée.

Il n'est pas de médecin attentif qui n'ait observé des faits semblables à ceux que nous venons de rappeler : à moins de complications, toujours ces accidents, si graves en apparence, se dissipent spontanément.

Les choses se passent bien différemment dans l'asthme auquel Kopp a donné son nom ; il nous suffira, pour faire comprendre eette gravité, de rappeler que, sur dix-huit cas d'asthme thymique que Pagenteeher a rapportés, il y en a eu onze dans lesquels la maladie s'est terminée d'une manière fatale pendant un accès : dans deux eas la mort est arrivée par suite de maladies intereurrentes ; dans cinq cas seulement la guérison a eu lieu. Que si, frappé de la différenee qu'offrent ees résultats statistiques avee eeux qu'ont indiqués quelques médeeins anglais, on en reeherchait la raison, nous répondrions avee MM. Rilliet et Barthès que plusieurs médecins anglais ont confondu eette affection avec l'angine striduleuse, et ajouterions qu'il est vraisemblable que plusieurs ont confondu également avee l'asthme de Kopp les accidents dont nous avons plus haut rapporté des exemples.

Le fait suivant, que nous venons d'observer, montrera dans tout son jour la haute gravité de cette maladie, en même temps qu'il nous permettra de consigner iei un détail d'anatomie pathologique qui n'est peut-être pas sans importance.

L'enfant d'une fille, âgé de six mois, est venu au monde faible et cacochyme : eette faiblesse s'est prolongée pendant plusieurs mois, et puis, sans qu'il soit survenu aucun changement dans les eonditions générales auxquelles eet enfant était soumis, sa santé se rétablit, il acquit des forces et de l'embonpoint. Cependant la nourriee remarqua ehez lui des accidents singuliers : il arrivait parfois que l'enfant ne voulait point manger, et si alors elle insistait, il s'en trouvait mal, et sa respiration devenait haletante et difficile ; d'ailleurs il n'y avait point de toux. Plusieurs fois ces accidents se manifestèrent avec plus de gravité : il y eut suspension complète de la respiration, fixité des yeux, cyanose de la face, raideur des membres. Chaque fois que ces accidents se reproduisirent, ils semblèrent se lier à une gêne de la déglutition, et la nourriee, se dirigeant d'après eette donnée, plaçait l'enfant sur son ventre, l'agitait dans la vue de débarrasser le pharynx de l'aliment liquide dont la présence semblait oceasionner ces symptômes alarmants ; ceux-ci ne tardaient pas en effet à se dissiper, car au bout d'une ou deux minutes, l'enfant, revenu à lui, aehevait sans accident son petit repas. — Il y a quelques jours, les mêmes phénomènes se reproduisirent, et toujours à propos de la même cause occasionnelle : l'enfant n'avait encore pris qu'une cuillerée de panade, que tout à coup il perdit la respiration, sa face se décomposa rapidement, ses membres se raidirent, et en quelques minutes il expira. A l'autopsie, qui fut faite vingt-quatre heures après la mort, nous observâmes avec la plus grande attention les dispositions du pharynx, et trouvâmes là, partout, des parties très-régulièrement conformées. L'ouverture glottique ne nous

offrit non plus rien d'anormal; mais, en incisant le larynx, nous y trouvâmes la cuillerée de potage que l'enfant avait prise avant la mort.

A quelle époque ce corps étranger pénétra-t-il dans le larynx ? Est-ce pendant la vie, est-ce après la mort? Rappelons ici, comme d'ailleurs divers auteurs l'ont observé plusieurs fois, que, chaque fois que les accidents auxquels cet enfant finit par succomber se développèrent chez lui, ce fut constamment à la suite de l'ingestion de l'aliment. Peut-on supposer que par une disposition des parties, qui nous aurait échappé, celui-ci pénétrait dans le larynx et provoquait les accidents ? On a signalé des cas, J. Frank, par exemple, où l'épiglotte manquait et où les muscles propres du larynx suppléaient à l'absence de cet opercule. S'il en avait été ainsi dans ce cas, il faudrait admettre, que par un jeu d'ailleurs fort difficile à concevoir, ces muscles s'opposaient presque toujours efficacement à cette *erreur de lieu*, et que, dans quelques circonstances seulement, ils devenaient insuffisants. Mais d'un autre côté, comment admettre que cette pénétration du liquide alimentaire dans le larynx ait eu lieu sans provoquer de toux dans aucun des accès qui furent observés chez cet enfant? Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions, qui nous conduiraient trop loin; il nous aura suffi de consigner ici ce fait qui peut-être n'est pas sans valeur.

Il ne nous reste plus, pour terminer, qu'à dire un mot de la thérapeutique applicable à cette redoutable affection. La marche essentiellement chronique de l'asthme de Kopp rend au moins possible d'essayer diverses méthodes de traitement. Les antispasmodiques variés, les toniques dans quelques circonstances, nous paraissent les moyens qui sont le plus généralement indiqués. S'il était permis, à l'aide des signes fournis par la percussion, l'auscultation, de soupçonner un état d'hypertrophie du thymus, bien qu'il nous paraisse peu rationnel de voir là le point de départ de la maladie, nous croyons qu'il pourrait n'être pas inutile de soumettre les malades à l'action de la médication altérante. Enfin, si les accès étaient liés, comme dans le cas que nous avons rapporté précédemment, à la présence de l'aliment dans la bouche d'un jeune enfant, il faudrait sur-le-champ essayer de l'en débarrasser, soit, si cela était possible, par des moyens mécaniques directs, soit en plaçant l'enfant sur son ventre et en l'agitant, comme toutes les mères sont portées instinctivement à le faire en pareille circonstance.

En traitant cette question, nous n'avons point pour but de tracer l'histoire complète de l'asthme de Kopp : notre intention a été uniquement de consigner ici quelques résultats de notre propre expérience, qui auront peut-être quelque valeur quand il s'agira un jour d'élucider un problème aussi obscur. X.

DE LA SYPHILIS PHAGÉDÉNIQUE ET DE SON TRAITEMENT.

Il y a déjà quelque temps que, dans notre thèse inaugurale, nous avons cru devoir établir dans la syphilis quatre formes. Mais comme nous n'avons traité la question qu'au point de vue théorique, nous croyons utile d'y revenir et d'étudier d'une manière plus complète dans cet article la forme phagédénique de la syphilis.

Et d'abord, par forme on ne doit point entendre ces divisions d'ailleurs bien fondées qui partagent la syphilis en diverses périodes et réunissent sous le nom de primitifs, secondaires et tertiaires, ces symptômes qui peuvent appartenir à une même forme.

Ce qui constitue la forme dans la maladie, c'est une différence dans l'évolution et l'ensemble des symptômes et des lésions depuis le commencement jusqu'à la terminaison de la maladie. Or, comme il est constant que la syphilis ne se présente pas toujours avec une évolution identique, nous avons distingué : 1° la forme commune caractérisée par l'évolution successive des accidents primitifs, secondaires et tertiaires;

2° La forme bénigne dans laquelle s'observent seuls les accidents primitifs et successifs. Dans cette forme, une fois guéris, les accidents primitifs et successifs ne sont suivis d'aucun autre, la maladie est jugée, et l'on n'a plus à craindre les tardives et funestes manifestations de la syphilis commune;

3° La forme phagédénique qui va nous occuper;

4° La forme héréditaire, dans laquelle toute la période des accidents primitifs manque, dans laquelle la maladie commence, pour l'enfant infecté par sa mère, par les accidents secondaires.

Même au point de vue pratique, cette distinction des formes est importante, car elle règle et le pronostic et le traitement.

Dans la syphilis phagédénique, comme dans la syphilis bénigne, nous ne trouvons que les symptômes primitifs et successifs, qui ne sont jamais suivis de symptômes consécutifs; mais les ulcères qui se rapportent à cette forme sont phagédéniques ou rongeurs, serpigineux, gagnent de proche en proche, guérissent d'un côté tandis qu'ils s'étendent de l'autre, et amènent ainsi des pertes de substance considérables. Ils ont une durée indéterminée et peuvent conserver pendant plusieurs années la propriété inoculable. Ces chancres s'étendent plus aisément en surface qu'en profondeur; leur forme peut rester arrondie, mais le plus souvent ils labourent les tissus d'une manière irrégulière et deviennent serpigineux. Dans ce cas, bien qu'ils puissent en même temps irradier de divers points de leur circonférence, ils s'étendent plutôt vers la région la

plus déclive, et envahissent plus rapidement les parties où le tissu cellulaire sous-cutané est lâche.

Ces ulcères ont un fond, ordinairement inégal, le plus souvent couvert d'une couche grisâtre, qui tantôt n'est qu'une véritable eschare gangréneuse, qui, d'autres fois, n'est formée que par une fausse membrane. Dans quelques cas, il existe seulement une matière pultacée qui, bien qu'adhérente, se détache assez facilement; elle est irrégulièrement répartie sur la surface ulcéreuse sur laquelle on observe çà et là quelques bourgeons charnus. Ces bourgeons, ordinairement d'une teinte violacée, sont souvent frappés de gangrène avant qu'ils puissent amener la cicatrisation. Des ecchymoses, des hémorrhagies se font quelquefois à la surface de ces ulcères. Leurs bords sont ordinairement très-minces, irrégulièrement découpés et perforés dans les endroits où ils sont plus largement décollés. Privés de leur tissu cellulaire de doublure, ils sont tantôt renversés en dehors, tantôt couchés sur les portions de l'ulcère qu'ils recouvrent encore. Ces bords sont quelquefois épaissis par l'œdème, leur couleur est généralement brune, violacée comme celle de l'aréole plus ou moins diffuse qui les circonscrit. Dans presque tous les cas ces chancres sont très-irritables, s'accompagnent de vives douleurs et d'inflammation.

Le début du chancre phagédénique est le même que dans le chancre régulier; du moins les auteurs n'assignent aucun caractère qui puisse le faire reconnaître tout d'abord. Seulement sa marche est plus rapide. Le pus qui recouvre l'ulcère est une sanie aqueuse souvent d'une teinte brunâtre. A mesure que l'ulcère détruit les parties sur lesquelles il est situé, la surface devient de plus en plus inégale, et sa circonférence présente une ligne irrégulière qui lui donne un contour comme festonné. La partie centrale et quelquefois un des côtés de l'ulcère se nettoie et se cicatrise, tandis que dans d'autres points l'ulcère continue à s'étendre. Il n'est pas rare de voir à la surface de l'ulcère qui se déterge, au milieu des bourgeons charnus, se former de petites ulcérations en cupules qui, d'abord distinctes, se réunissent ensuite. La partie qui fait des progrès est toujours un peu tuméfiée, mais cette tuméfaction n'est pas nettement circonscrite comme dans le chancre régulier, elle se fond d'une manière insensible avec les tissus environnants. La tuméfaction et la rougeur annoncent toujours les progrès de l'ulcère du côté où elle s'observe. Le chancre phagédénique peut détruire le gland, le prépuce, une plus ou moins grande partie des corps caverneux, amener des perforations de l'urètre, dépouiller dans une plus ou moins grande étendue la verge, qui ensuite se trouve gênée dans son ampliation par des cicatrices vicieuses. Ces cicatrices déforment cet organe et lui font quelquefois contracter des adhérences avec les parties voisines.

Cet ulcère peut s'étendre sur le scrotum, sur le pubis, dans les régions inguinales, dans le pli génito-crural, sur la cuisse, de manière à parcourir ainsi de larges surfaces.

Quelquefois les bords sont frappés de gangrène, et il se fait ainsi rapidement de larges déperditions de substance.

L'ulcère phagédénique ne s'accompagne point, dans cette forme de la syphilis, de l'induration dite huntérienne. L'épaississement qui s'observe sur les bords est œdémateux et inflammatoire, et ne présente aucun des caractères de cette induration indolente et si tranchée du chancre huntérien.

Le chancre phagédénique n'est pas aussi rarement suivi de bubon que l'ont affirmé quelques auteurs et en particulier Babington, et lorsqu'il en survient, ils prennent le caractère phagédénique.

La marche de l'ulcère n'est pas toujours également envahissante. On voit quelquefois l'ulcère, après s'être largement agrandi, rester pendant des mois entiers dans un *statu quo* désespérant, quand tout à coup on le voit s'agrandir de nouveau ou marcher vers la guérison. La chronicité et la marche rémittente de l'affection constituent un caractère important de cette forme de syphilis. Dans notre thèse, nous avions indiqué comme caractéristique l'état cachectique des malades; mais cet état n'est pas essentiellement lié à la forme phagédénique, c'est ce qui résulte de faits très-concluants observés récemment par mon collègue et ami M. Daras. Mais lorsque la cachexie arrive, on voit de temps en temps la fièvre s'allumer, durer plus ou moins, disparaître, puis revenir sans régularité. La peau, devenue terreuse, se recouvre tantôt d'éruptions eczémateuses, tantôt de taches hémorrhagiques, en même temps que les gencives deviennent saignantes. Dans d'autres circonstances, ce sont des hémorrhagies intestinales qui viennent épuiser le malade. Les digestions se troublent; les malades sont en proie à des dyspepsies, à des diarrhées colliquatives. Cet état grave est soumis à des alternatives de mieux ou de plus mal, en rapport avec les progrès de l'ulcère, et les malades finissent par tomber dans un état de consomption vraiment cachectique.

La maladie peut même se terminer par la mort; mais lorsqu'on est assez heureux pour obtenir la cicatrisation des ulcères, le malade peut revenir à une santé parfaite et n'a plus à craindre ni les récidives ni les accidents consécutifs de la forme commune.

J'ai vu des malades offrir plus ou moins l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire pendant des années entières, et pendant tout ce temps, au témoignage de M. Ricord, le pus de l'ulcère conserver sa propriété inoculable.

J'ai observé à l'hôpital du Midi un malade qui portait depuis neuf ans un ulcère qui, parti de la verge, avait successivement envahi la peau de la région inguinale droite, du ventre et de la presque totalité de la cuisse; toutes ces parties étaient couvertes de cicatrices gaufrées irrégulières, qui attestaient la marche de l'ulcère. Toute la peau avait été détruite comme par une brûlure profonde. Ce malade a fini par guérir et n'a jamais eu pendant toute la durée du chancre le moindre accident constitutionnel.

Un autre malade vint mourir dans le service de M. Ricord, victime d'une double inoculation qu'un médecin lui avait pratiquée aux deux cuisses et qu'il avait laissée marcher *librement.*

A l'autopsie, nous trouvâmes une entérite considérable avec des ulcérations nombreuses en tout semblables à celles qu'on retrouve dans l'intestin des malades qui ont succombé à de grandes suppurations à la suite de brûlures, par exemple.

Dans la Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens, publiée par M. Ricord, on trouve plusieurs observations de syphilis phagédénique, entre autres celle d'un malade qui fut également victime d'une inoculation *malheureuse*. La maladie dura près d'une année. Il n'eut aucun symptôme consécutif, et finit par guérir.

Voici du reste une observation qui présentera, je pense, quelque intérêt, parce qu'elle confirme à peu près à elle seule tout ce que nous venons de dire.

Observation.—Chancre phagédénique. — Le nommé Rimbault (Pierre), journalier, âgé de cinquante ans, demeurant rue des Jardins-Saint-Paul, n° 13, à Paris, entra à l'hôpital du Midi, salle n° 2, service de M. Ricord, et fut couché au n° 25.

Ce malade avait eu des chancres multiples à la verge et des bubons en 1812, pendant la campagne de Russie ; il obtint la guérison au bout de six semaines, pendant lesquelles on n'employa d'autre médication que des pansements avec l'onguent napolitain et la pommade au précipité rouge ; il ne survint alors, ni depuis, aucune manifestation secondaire.

En 1814, le malade contracta de nouveaux chancres, de nouveaux bubons qui avaient le caractère phagédénique.

Le traitement par les frictions mercurielles et les pansements avec l'onguent napolitain durèrent pendant neuf mois ; après quoi on suspendit l'usage des mercuriaux, parce qu'il était survenu au malade des contractures permanentes des membres, qui restèrent demi-fléchis pendant deux ans. Vers la fin de la seconde année, il recouvra petit à petit l'usage de ses bras et de ses jambes. Les ulcères syphilitiques se cicatrisèrent également, et cette seconde fois encore, pas d'éruptions secondaires. Le malade, d'une bonne constitution avant ses campagnes, n'a jamais eu d'autres maladies sérieuses, sauf celles dont nous venons de parler.

De 1816 à 1837, époque à laquelle il contracta une nouvelle maladie, Rim-

bault a joui d'une parfaite santé. Au commencement du mois de juin 1837, le malade est entré dans le service de M. Puche pour un chancre qu'il portait depuis deux mois sur la face supérieure du gland, et qui en avait détruit presque la moitié. Il existait en outre, sur le limbe du prépuce, deux ulcérations latérales.

Le chancre du gland a guéri vers la fin du second mois, mais les ulcérations latérales du prépuce continuèrent à s'étendre. M. Puche avait employé comme traitement la liqueur de Van Swieten, et pour les pansements une solution de nitrate d'argent.

Le malade sortit du service de M. Puche vers le milieu du mois d'août, et rentra quelques jours après, le 17 août, dans le service de M. Ricord, où il est resté depuis ce temps.

Outre les deux ulcérations dont nous venons de parler, il existait une petite tumeur fluctuante, siégeant sur la face dorsale de la verge. Cet abcès fut ouvert avec la lancette ; il était virulent, et l'ulcère qui en résulta détruisit toute la peau de la verge, sur laquelle il se formait successivement des ulcérations irrégulières et isolées dans le voisinage de l'ulcération primitive. Le malade éprouvait des élancements très-douloureux dans les points qui allaient s'ulcérer ; il avait une constipation opiniâtre, mangeait peu et avec dégoût. Malgré la cautérisation avec le nitrate d'argent, les pansements avec le vin aromatique et l'usage longtemps continué de la tisane de Feltz, les ulcérations gagnaient toujours, avaient envahi les régions inguinales, les bourses, et le pli génito-crural du côté droit. Lorsque la cicatrisation arrivait en un point, il se faisait un travail ulcératif d'un autre côté.

Vers la fin d'octobre 1837, le malade fut soumis à l'usage des pilules de protoiodure. Des frictions mercurielles furent faites; on prescrivit des bains de sublimé; aucun de ces moyens ne put enrayer la marche toujours envahissante des ulcérations, et lorsqu'une légère amélioration se montrait et semblait dépendre de la médication employée, bientôt survenaient de nouveaux accidents qui montraient l'inutilité des moyens thérapeutiques et forçaient à recourir à de nouveaux essais.

C'est ainsi que les dissolutions plus ou moins concentrées de nitrate d'argent, de teinture d'iode, d'opium, furent successivement employées sans résultat. L'éther sulfurique, dont on imbibait la charpie pour le pansement, pendant quelque temps n'eut pas un meilleur effet. Vers le mois d'août 1838, il survint des taches hémorrhagiques sur toute la jambe gauche ; le malade avait un état fébrile presque permanent, était dans un état de faiblesse et de maigreur difficile à décrire. On lui donna alors des toniques, et il fit usage longtemps du vin de quinquina.

En septembre 1839, le malade eut une hémorrhagie assez abondante par l'un des ulcères qui se trouvaient à l'aine gauche ; l'état général du malade était déplorable et donnait les plus graves inquiétudes. Les ulcérations s'étendaient toujours ; sa santé, du reste, devint un peu meilleure dans les derniers temps de l'année 1839; il reprit un peu d'appétit et partant un peu de forces.

Au mois de janvier 1840, lorsque je pris le service d'interne, tel était l'état du malade. La verge, dépouillée presque entièrement, était toute déformée par des cicatrices vicieuses qui la tenaient appliquée en grande partie contre le pubis. Il restait encore une ulcération dont les bords étaient affaissés et dont l'auréole peu colorée semblait annoncer la fin de la période de progrès

du chancre. Aussi la cicatrisation de cette ulcération ne se fit-elle pas longtemps attendre. A la région inguinale du côté droit se voyaient des cicatrices très-étendues et une ulcération de la largeur d'une pièce de 5 francs; les bords étaient festonnés, douloureux, décollés par la suppuration qui s'engageait au-dessous d'eux; l'auréole était vive; le malade éprouvait des douleurs qu'il disait être intolérables.

Une autre ulcération de même genre existait à gauche; mais elle était en ce moment moins douloureuse, et ne semblait pas faire de progrès. Une troisième partait de la racine de la verge du côté droit au niveau du pubis, et s'étendait en suivant le pli génito-crural jusque vers la tubérosité sciatique. Supérieurement, l'ulcère s'étendait sur la peau des bourses dans une étendue de trois centimètres environ.

Deux mois se passèrent sans de grands changements ni dans l'état général du malade, ni dans les ulcères; et cela, malgré tous les moyens dont nous avons parlé plus haut, et qui furent encore employés sous diverses formes.

En mars, M. Ricord se décida à employer la cautérisation avec la pâte de Vienne, qu'il appliqua sur l'ulcère de la région inguinale droite, de manière à dépasser de deux lignes environ le bord externe de l'auréole : à la chute de l'eschare, la plaie ne présenta plus le moindre caractère chancreux, et marcha, quoique lentement, à la cicatrisation, qui fut complète à la fin de mai.

A gauche, l'ulcère s'était également mitigé et la cicatrisation s'était faite à peu près dans le même temps sans qu'il eût été besoin de recourir à la cautérisation.

L'ulcère occupant les bourses et le pli génito-crural n'avait subi, lui, aucune amélioration. Les bords restaient décollés; l'auréole, d'un rouge livide; le fond de l'ulcère était grisâtre; la suppuration, ichoreuse et abondante; rien ne semblait présager une cicatrisation prochaine. Les points vers lesquels l'ulcération tendait à s'étendre devenaient douloureux.

Cependant l'appétit revenait de plus en plus au malade; il avait même repris de l'embonpoint.

M. Ricord, encouragé par le succès de la cautérisation qu'il avait pratiquée dans la région inguinale droite, l'appliqua également sur la partie la plus élevée de l'ulcère restant. Le pansement se faisait, du reste, avec le vin aromatique opiacé et la bouillie d'opium. Petit à petit on se rendit maître, par ces divers moyens, de l'ulcère, dont la cicatrisation complète était effectuée le 5 septembre. On garda le malade quelques jours encore pour assurer sa guérison, et il sortit de l'hôpital le 29 septembre parfaitement guéri, et n'ayant présenté à aucune époque de la durée de la maladie le moindre accident consécutif.

Cette observation nous fournit l'occasion de relever une erreur de Babington, annotateur de Hunter, qui dit que les symptômes secondaires qui succèdent à l'ulcère phagédénique sont d'une grande violence et difficiles à traiter. Le malade dont nous avons rapporté l'histoire a eu deux fois certainement la syphilis phagédénique sans symptômes consécutifs. C'est du reste un fait qui semble bien acquis que cette immunité des affections consécutives pour la syphilis phagédénique. Les recherches nombreuses de M. Ricord prouvent que cette espèce

de chancre n'est point suivie des symptômes appartenant aux périodes secondaire et tertiaire. Je ne connais point de faits contraires à cette opinion.

Ce qui a induit en erreur Babington, c'est que bon nombre de chancres appartenant à la forme bénigne ou à la forme commune de la syphilis, ayant dès le début un caractère inflammatoire, un aspect pultacé et diphtéritique, affectent une marche plus rapide, deviennent facilement gangréneux, se montrent plus envahissants et occasionnent des pertes de substance plus considérables que celles produites par le chancre régulier. Mais malgré ce caractère anatomique qui, envisagé seul, pourrait induire en erreur sur la forme de la maladie, le chancre n'en reste pas moins une affection légère qui guérit assez vite comparativement à l'ulcère serpigineux de la forme phagédénique.

Babington dit encore qu'il est rare de voir, à la suite d'un chancre phagédénique, des bubons suppurer; c'est une erreur, l'observation précédente nous prouve le contraire : non-seulement le malade eut des bubons, mais encore des abcès virulents non ganglionnaires. Le malade qui a succombé, et dont j'ai parlé plus haut, avait dans les régions inguinales deux vastes ulcères dus à l'ouverture de deux bubons suppurés.

Nous pourrions multiplier les faits à l'appui de cette opinion, mais elle est si bien établie par les travaux de M. Ricord qu'il est inutile d'y insister davantage.

Il ne faut pas confondre le chancre phagédénique, toujours inoculable, toujours dû à une infection primitive, à la contagion, avec la syphilide serpigineuse, également phagédénique, constituant toujours un symptôme consécutif non inoculable de la syphilis. Mais du reste le siége de l'affection, les antécédents du malade, la marche et l'évolution si différentes des deux affections éclaireront suffisamment le diagnostic. Le cancer de la verge ou de quelque autre partie voisine, de la vulve ou du vagin, etc., chez la femme, pourrait présenter quelquefois une difficulté plus sérieuse de diagnostic, si l'ulcère cancéreux n'était supporté par une base indurée, si les bords n'en étaient eux-mêmes durs, ce qu'on n'observe pas dans le chancre phagédénique appartenant à la forme de syphilis que nous décrivons; si, du reste, les engorgements ganglionnaires qui accompagnent le cancer n'étaient point indolents et indurés, tandis que les bubons qui coexistent avec le chancre phagédénique sont au contraire très-inflammatoires et marchent rapidement à la suppuration.

Le pronostic de la syphilis phagédénique est grave, et la raison en est facile à comprendre. La durée de la maladie est indéterminée; les pertes

de substance peuvent amener des mutilations horribles. Quand on voit les progrès de l'ulcère s'arrêter, marcher même à une cicatrisation qui paraît devoir être prochaine, il faut bien se garder de faire espérer sans restriction une guérison ; car chez quelques malades on parvient à presque cicatriser l'ulcère, duquel il ne reste plus qu'un point de très-peu d'étendue, le malade semble reprendre de la santé, lorsque tout à coup la fièvre revient, la diarrhée reparaît, et avec cet appareil de symptômes l'ulcère reprend toute son activité. C'est du moins ce que j'ai observé dans les différents cas dont j'ai parlé plus haut. Au point de vue du pronostic, il ne faut pas oublier la marche rémittente de l'affection.

La forme phagédénique est évidemment sous la dépendance de la prédisposition individuelle, puisque la même source de contagion donne aux uns la forme phagédénique, à d'autres la forme commune, et au troisième la forme bénigne.

Le traitement de cette forme de la syphilis est aussi incertain que possible et présente des difficultés souvent insurmontables.

Le mercure, dans l'ulcère phagédénique, suivant Babington, est suivi d'une amélioration plus immédiate que dans le chancre ordinaire ; ce qui est encore absolument faux, comme nous l'avons vu dans l'observation précédente, et comme il arrive d'ordinaire. L'expérience de M. Ricord est en opposition formelle avec celle de l'écrivain anglais, et toutes les personnes qui connaissent la pratique sage et éclairée de M. Ricord attacheront beaucoup d'importance à l'opinion de ce praticien. M. Ricord regarde les mercuriaux comme beaucoup plus nuisibles qu'utiles dans ces cas, l'expérience lui ayant appris que le mercure était surtout utile dans le traitement du chancre induré et des accidents secondaires, qu'il était au moins inutile dans le traitement du chancre simple non induré. On observe du moins souvent l'ulcère phagédénique s'aggraver pendant l'administration des mercuriaux. Par opposition on a vu, dans des cas exceptionnels il est vrai, l'ulcère paraître s'améliorer pendant l'administration des mercuriaux donnés à haute dose.

Le pansement banal avec les pommades mercurielles, l'onguent napolitain, etc., sont souvent plus nuisibles qu'utiles. L'administration de l'iodure de potassium n'offre pas de meilleurs résultats que celle du mercure.

Les topiques qui conviennent le mieux sont des pansements faits soit avec le vin aromatique pur, soit mélangé avec une certaine quantité de tannin. On doit avec ces sortes de pansements avoir recours à de fréquentes cautérisations avec le nitrate d'argent ; mais, dans ce cas, les cautérisations, d'après M. Ricord, doivent être profondes et quelquefois répétées deux fois par jour.

On doit souvent renouveler les pansements, mais avoir grand soin de bien imbiber la charpie avant de la retirer, pour ne point déchirer les bords de l'ulcère et détruire les cicatrices naissantes. La formation très-abondante du pus dans ces ulcères nécessite que leurs surfaces soient souvent abstergées. On a donné le conseil d'appliquer sur ces ulcères des sangsues lorsque l'inflammation est vive. Cette pratique nous paraît mauvaise, comme du reste à M. Ricord, qui l'improuve également.

Mais s'il n'est pas sans inconvénient d'appliquer des sangsues au fond d'un ulcère, ce qui du reste n'est pas facile, il serait gravement funeste d'en appliquer au pourtour, car on déterminerait ainsi des inoculations successives qui deviendraient autant de chancres phagédéniques.

Lorsque les chancres sont accompagnés de vives douleurs, on peut se servir, pour le pansement, de vin aromatique opiacé, ou bien même d'une solution d'extrait d'opium à 4 grammes pour 250 grammes d'eau de laitue. La bouillie d'opium brut faite en délayant une certaine quantité de ce médicament dans de l'eau a quelquefois heureusement modifié ces ulcères.

Le nitrate d'argent employé comme caustique ou en solution plus ou moins forte a souvent été le sédatif le plus efficace et l'*antiphlogistique* le plus certain. La douleur vive qu'il détermine est de peu de durée, et son application amène souvent un mieux qu'on chercherait en vain par d'autres médications.

Les solutions d'iode et d'iodure de potassium à une dose plus ou moins forte ont paru utiles dans bon nombre de circonstances.

M. Ricord dit avoir également employé avec avantage soit le vésicatoire, soit les pansements avec la poudre de cantharides. Ce pansement reste pendant vingt-quatre heures. Ensuite, on revient au vin aromatique pendant quelques jours, pour ensuite panser de nouveau avec les cantharides. On peut même se servir de charpie imbibée dans la teinture éthérée de cantharides.

On peut, dans quelques circonstances, lorsque les ulcères sont très-enflammés, qu'il existe de la rougeur, du gonflement à leur pourtour, ou une éruption eczémateuse au voisinage, employer utilement des cataplasmes faits avec de la fécule, de l'amidon, des carottes.

On a tiré quelques avantages, dans d'autres occasions, des pansements faits avec les onguents digestifs.

On a eu recours aux pansements faits avec l'éther sulfurique, avec l'essence de térébenthine, la créosote, au moyen de charpie imbibée de ces substances. Ce moyen détermine de vives douleurs.

Voilà un véritable arsenal de moyens : c'est assez dire combien peu il faut compter sur chacun d'eux.

Le plus sûr moyen, sans contredit, est le traitement abortif, c'est-à-dire celui qui consiste à détruire largement, profondément le fond et les bords de l'ulcère par une cautérisation qui anticipe sans ménagements sur les parties saines. L'emploi de ce moyen exige une prudence très-grande, car il faut aussi prendre garde d'intéresser des organes importants, d'intéresser le calibre d'artères volumineuses. Mais encore, si on s'y détermine, il faut agir avec énergie, car il importe de détruire nécessairement tout l'ulcère, sans quoi on ne fait qu'agrandir le premier. J'ai vu quelquefois M. Ricord manier le caustique avec une hardiesse et un bonheur encourageants. On emploie d'ordinaire la pâte de Vienne; on pourrait se servir de celle au chlorure de zinc. On doit suivre dans ces occasions les règles ordinaires pour l'application des divers caustiques.

Je crois que le fer rouge est peut-être un peu trop dédaigné. Lorsque la surface trop étendue de l'ulcère ne permet pas d'employer le caustique de manière à le détruire dans toute son étendue, on peut toujours avec avantage enlever par ce moyen les portions de peau décollée qui favorisent le croupissement du pus.

Inutile de dire qu'il faut soutenir les forces du malade et obvier aux divers accidents qui peuvent se montrer, dans le cours de la maladie, du côté des organes digestifs, etc., et cela par un régime et une médication appropriés.

Telles sont les considérations que, dans les limites restreintes d'une publication de journal, je m'étais proposé de donner.

J. Hélot.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE SPONTANÉE DES HERNIES INGUINALES ET CRURALES GANGRÉNÉES. — NOUVELLES OBSERVATIONS A CE SUJET (1).

(Deuxième article.)

Littre conseillait de lier le bout inférieur, de le repousser et de fixer le bout supérieur dans la plaie à l'aide de points de suture. On voit que ce mode de traitement avait pour but d'obtenir un anus anormal incurable, ce que l'auteur croyait être le résultat le plus heureux.

Lapeyronie ayant à traiter une hernie avec gangrène de la totalité de

(1) Voyez la livraison de mars dernier, page 180.

l'anse intestinale, se contenta, au lieu de faire une opération d'entérographie, de passer un fil double dans un pli du mésentère. Son but était uniquement de fixer les bouts de l'intestin divisé dans la plaie, d'y attendre leur adhérence et d'établir un anus anormal. Ce résultat fut obtenu; mais quelque temps après la nature opéra elle-même et peu à peu la cure radicale de cette infirmité. C'est de cette époque surtout que date bien la connaissance de la possibilité d'une cure radicale par le travail naturel. Nous dirons, en discutant sommairement les diverses opinions dans le cours de cet opuscule, pourquoi nous pensons que le fil de Lapeyronie était inutile et comment même il est un obstacle certain à l'accomplissement d'un travail qu'il est urgent de ne pas entraver. L'auteur de ce procédé n'eut pas moins le mérite très-grand de porter un premier coup à l'emploi de tous les procédés entéroraphiques dans ces cas.

Richter conseillait de laisser pendre dans la plaie une certaine longueur d'intestin, afin d'avoir moins à redouter sa rentrée.

Desault, au contraire, voulait que l'on repoussât l'intestin dans le cas où il ferait saillie jusque vers l'orifice annulaire.

Profitant de quelques beaux travaux de Desault sur les adhérences qui se forment autour de l'intestin comprimé, entre lui et le collet du sac herniaire, Scarpa jeta un jour immense sur la question; on pourrait presque dire qu'il épuisa l'étude du mécanisme pathologique qui succède à la gangrène intestinale. A partir de cette époque, nous verrons l'opinion devenir favorable à l'abstention de tout traitement actif.

J. L. Petit, voyageant en Allemagne, voit par hasard un malade atteint d'une hernie étranglée et gangrénée; il vide l'abcès, divise l'intestin dans le but seul de soulager le malade qu'il croit voué à une mort certaine. Un mois après, repassant par la même localité, il retrouve le malade entièrement rétabli sans plaie ni fistule.

Plus tard, le même auteur, voyageant en France, voit à la campagne, dans une maison isolée, un pauvre paysan atteint d'une hernie étranglée parvenue à l'état d'abcès stercoral : il ouvre simplement l'abcès pour donner issue aux matières fécales, il prévient la femme du malade que le cas lui paraît désespéré; mais quelque temps après c'est le malade lui-même qui vient lui annoncer sa guérison parfaite.

Enfin, le même académicien, appelé à Douai pour voir un malade atteint de hernie étanglée, se trouve là avec un charlatan qu'on avait aussi fait appeler, et qui, contre l'opinion de J. L. Petit, fut d'avis qu'il fallait ouvrir simplement la tumeur et diviser l'intestin. Notre illustre auteur, qui de Douai se rendait en Flandre, prévint la famille du malade des dangers d'un pareil traitement. Nonobstant, le conseil fut suivi, la

tumeur ouverte, et à son retour J. L. Petit retrouva le malade parfaitement rétabli sans anus anormal. On lui apprit alors que l'aventureux *médicineur*, dont l'avis avait prévalu, possédait dans tout le département une immense réputation pour le traitement des hernies étranglées, qu'il ne traitait jamais autrement ; on ajoutait que tous ses malades se rétablissaient.

Petit disait déjà que dans la hernie gangrénée avec gangrène partielle, les efforts seuls de la nature suffisaient souvent pour amener une cure radicale.

Petit, Pot, Ledran, émettaient l'opinion que dans l'accident qui nous occupe, le traitement le plus simple devait l'emporter sur une médication aidée d'opérations chirurgicales.

Scarpa enfin put écrire que déjà il connaissait un grand nombre de hernies gangrénées avec perte intestinale, guéries sans opérations et sans anus contre nature persistants. Il en était arrivé à émettre le souhait que les malades atteints d'une semblable affection tombassent entre les mains de médecins incapables de rien entreprendre.

Travers disait que les chirurgiens faisaient plus d'anus contre nature en cherchant à les combattre par des moyens chirurgicaux, que s'ils fussent restés inactifs.

Malgré des avis si nombreux et de si importantes autorités, Richerand écrivait ces lignes, singulières au premier abord, quand on les trouvera après les citations que nous venons de faire, mais au contraire toutes simples et l'expression propre de la majorité des chirurgiens si on les suit dans les ouvrages et dans les cours. « Il est très-« rare, disait-il, que lorsqu'une anse intestinale contenue dans une « hernie a été détruite par la gangrène, le malade ne succombe pas, « ou tout au moins ne conserve pour le reste de ses jours un anus contre « nature. »

Cependant vers le même temps M. Cayol écrivait dans son long article *Bubonocèle* du grand *Dictionnaire des sciences médicales* cette opinion que, se fondant sur les travaux de Richt et de Scarpa, il convenait dans tous les cas de rejeter, comme directement contraires aux efforts si efficaces de la nature, toutes les pratiques que nous avons ci-dessus énumérées.

Depuis ce temps, il est vrai, la plupart des ouvrages publiés par les chirurgiens français et anglais sur cette matière tendent à ramener l'opinion vers les idées de Scarpa, non pas oubliées, mais assez délaissées pour que l'étude des opérations immédiates appliquées à la hernie gangrénée eût repris de sa pompe et ramené tous ses dangers. Oui, cette tendance a été presque générale ; je dis presque, parce qu'en effet cette

tendance que j'ai signalée n'est qu'à l'état de conseil timide, et que nul auteur n'a le courage de supprimer les pages nombreuses consacrées à l'entéroraphie, au débridement, au fil de Lapeyronie, à la dilatation, etc., pour écrire à la place cette maxime qui à l'avenir, ce nous semble, devrait se rencontrer à la première ligne de tout traité de l'abcès stercoral suite de hernie étranglée : ***Le chirurgien, dans ce cas, doit borner son intervention à l'ouverture simple du sac et de l'intestin, puis confier son malade aux soins si efficaces et si intelligents de la nature dans cette affection, se contentant de la diététique et de l'hygiène chirurgicales pour toute action accessoire à ce travail.***

Mais poursuivons plus avant de nombreux faits épars, afin de les grouper autour de cette proposition.

Outre les faits rapportés par J.-L. Petit, les succès du charlatan de Douai, les travaux de Louis, de Desault, de Scarpa, surtout sur les adhérences de l'intestin au sac herniaire, et ses nombreuses citations de cure spontanée, d'autres faits sont bons à rappeler.

Chaussier disait qu'il connaissait dans les environs de Dijon un chirurgien qui ouvrait simplement par incision le sac de toutes les hernies étranglées, en y comprenant l'intestin, comme si elles eussent été de simples abcès, et cela gangrénées ou non gangrénées ; il ajoutait que ce chirurgien avait obtenu tant et de si nombreux succès, qu'il était cité et connu à la ronde pour le traitement de cette grave affection.

M. Velpeau rapporte dans son *Traité de médecine opératoire*, qu'un étudiant en médecine qui suivait sa clinique lui dit que son père, médecin en province, avait opéré dans dix circonstances des malades atteints de hernies étranglées que l'on n'avait pu réduire, en les incisant de manière à donner issue aux matières fécales pour tout traitement actif, et que sur ces dix cas, il n'avait pas eu un seul insuccès ! Mais si l'incision simple, dans ces cas où l'inflammation n'a pas duré toujours assez de temps, où ce travail inflammatoire assez intense pour produire la gangrène ne s'est pas encore effectué, où par conséquent les adhérences des extrémités de l'intestin et du collet herniaire ont eu moins de chance pour se produire ; si, disons-nous, l'incision pure et simple a procuré des guérisons complètes et nombreuses, sans fistules stercorales, combien mieux encore cette terminaison n'est-elle pas probable dans l'incision pratiquée un peu plus tard ! En effet, dans ce dernier cas, en mettant tout de suite de côté la différence de gravité par rapport à l'état général, n'est-il pas évident que le malade se trouve dans des conditions plus favorables de rétablissement sans anus anormal ? L'inflammation poussée plus loin a produit de solides adhérences, la gangrène séparera les parties de l'intestin étranglé au lieu de la constriction, et par conséquent vers le point le plus favorable à la coaptation médiate.

Cependant, même en étudiant mieux les opinions émises par les chirurgiens déjà cités, et qui, ayant mieux saisi le mécanisme de la guérison spontanée, se montrent plus favorables à l'inactivité d'un traitement, nous verrons qu'ils n'ont pas pu se dessaisir entièrement du bistouri, du fil ou du tempon. Nous exprimons fermement que dans notre conviction, pour rendre un dernier service aux malheureux atteints de hernie gangrénée, il faut briser ces débris des anciennes méthodes et les reléguer exclusivement dans les articles ***Plaies intestinales traumatiques***, ou bien les réserver pour quelques cas exceptionnels dans lesquels l'anus anormal qui succède à la hernie aurait une existence assez ancienne pour ne pouvoir plus en espérer l'oblitération naturelle.

Ainsi, Scarpa lui-même, le plus brillant novateur des idées que nous voulons appeler rationnelles, Scarpa conseille le débridement à la suite de la hernie gangrénée, ouverte spontanément ou artificiellement ! Il est vrai qu'il comptait tellement sur les adhérences, qu'il le croit sans dangers. Mais en admettant même que cette manœuvre, qui ne peut que vicier des rapports essentiels, fût sans danger, où en est, où pourrait en être l'avantage ? Ne sait-on pas qu'aussitôt la gangrène survenue, les symptômes d'étranglement cessent exactement, comme si le malade venait d'être opéré du débridement, et si quelques matières en-dessus cherchaient vainement à se faire jour, et continuaient cette espèce d'étranglement secondaire que l'on redoute, une once de manne ne remplacerait-elle pas avec avantage l'instrument tranchant !

Dupuytren s'éleva contre cette pratique et proscrivit le débridement, non pas avec les idées qui nous préoccupent, c'est-à-dire le précepte de ne rien entreprendre, mais bien parce qu'il ne croyait pas assez à l'efficacité des adhérences, et aussi parce qu'il croyait toujours à la gangrène du sac herniaire vers son collet, opinion que l'observation constante des adhérences et l'absence de l'expulsion de ces parties dans les observations, combattent victorieusement.

M. Cayol, dans le magnifique article que nous avons cité et après les saines idées qui y sont contenues au point de vue pratique, n'en conseille pas moins, dans le cas de hernie gangrénée, d'attirer à soi l'anse intestinale, afin, dit-il, de juger de l'étendue de la gangrène, et dans la crainte qu'elle se propage jusque sur la partie contenue dans le ventre.

Dans le cours de nos études, à l'école et dans les hôpitaux de Paris, nous n'avons jamais manqué d'entendre professer ce précepte. Mais alors que deviennent les adhérences indispensables à la cure radicale ? Et d'un autre côté, la crainte de la gangrène propagée au-dessus de l'étranglement n'est-elle pas toujours chimérique ? La portion morti fiée

ne saurait être ailleurs qu'au-dessous de l'étranglement, et si on a constaté par la traction un sphacèle remontant au-dessus de l'anneau, c'est que l'étranglement avait lieu à l'orifice supérieur ou par un second collet, circonstances qui n'ôtent rien, tant s'en faut, aux chances de guérison complète par le travail naturel de réparation.

Richerand conseille de retrancher *toute* la partie de l'intestin atteinte de gangrène, et de retenir les deux bouts vers la plaie par le procédé de Lapeyronie, ou même alors d'employer le procédé d'entéroraphie de Rhandor ! Et cependant Richerand rapporte l'opinion de plusieurs auteurs que nous avons cités, et, dans beaucoup de cas, leur confiance dans les seuls efforts de la nature !

Travers et Lawrence sont l'un et l'autre partisans des idées que nous cherchons à faire prévaloir, c'est-à-dire l'application d'un traitement presque exclusivement médical à une maladie chirurgicale ; cependant Lawrence, dans les mêmes errements que Desault, conseille le débridement après l'abcès, et comme Dupuytren, Travers le blâme et le combat.

M. Velpeau ne voit pas de grands dangers à ce débridement, il le croit même nécessaire souvent ; mais il pense qu'on peut s'en dispenser pendant le premier et le second jour.

Enfin, quelques auteurs conseillent après l'ouverture de l'abcès fécal de porter le doigt dans l'orifice supérieur pour s'assurer si l'étranglement a cessé. Ceux-là ne croient pas comme Dupuytren à la gangrène simultanée du col, et alors ils conseillent, selon le cas, le débridement, les mèches, l'éponge préparée, etc.

Nous affirmons que pendant nos études, cette diversité d'opinions et cette diffusion des faits avaient singulièrement contribué à rendre obscur pour nous le côté vraiment pratique des travaux sur cette matière. L'idée que nous en avions emportée était celle-ci, à savoir, que la hernie gangrénée était un accident presque toujours mortel, et que le plus heureux résultat que l'on pût espérer de quelques terminaisons rares, c'était l'établissement d'un anus anormal qui pouvait alors être combattu, en des mains habiles, par le procédé de Dupuytren. Voilà bien l'idée que nous nous étions faite de cette importante question chirurgicale, et nous devons penser qu'elle était celle du plus grand nombre d'entre nous. Mais livré à l'observation, notre opinion devait bientôt se modifier, et nous nous félicitons que la pratique de province nous ait fourni l'occasion d'étudier de ces cas qu'il est plus rare d'observer au sein des grandes villes.

Le 26 mai 1838, je fus appelé à Dunières, village dépendant du canton de Montfaucon, pour y visiter le nommé Cornut (Jean), âgé

de soixante-cinq ans, en proie depuis cinq jours à des vomissements violents et continuels. Arrivé près du malade, je le trouve dans l'état suivant : face pâle et grippée, peau moite et fraîche, pouls plein très-élevé, peu fréquent, langue sale, haleine fétide, ventre ballonné ; une tumeur inguinale existe du côté droit, elle a le volume du poing.

Le malade me dit que depuis quatre à cinq jours il était tourmenté par des coliques violentes et des vomissements dout l'odeur était celle des excréments ; que depuis la veille au soir les vomissements et les coliques avaient presque cessé. Depuis l'invasion de sa maladie, le malade n'était pas allé à la selle. Interrogé sur sa tumeur, il me dit qu'habituellement elle rentrait quand il était au lit, qu'il en avait souffert quelquefois, que sitôt qu'il l'avait fait rentrer il était soulagé, mais que depuis cinq jours elle était restée irréductible. Du reste, il ne se rappelait pas depuis combien d'années il portait cette tumeur contre laquelle il n'avait jamais employé de bandage ; que depuis quatre à cinq jours elle était devenue douloureuse, et que maintenant il y éprouvait d'assez grandes douleurs.

J'examinai la tumeur, et fus bientôt convaincu que l'abcès stercoral existait. Elle était médiocrement dure. On y sentait une fluctuation manifeste, quoiqu'elle ne fût pas celle d'un phlegmon circonscrit arrivé à maturité ; la peau, modérément tendue, était violacée en avant : on pouvait présumer que dans 36 ou 48 heures l'abcès se serait fait jour au dehors. Je dis aux parents le danger imminent qui pesait sur le malade, et exprimai même le regret qu'il ne me restât que l'espoir de le soulager.

Je fis à la tumeur une incision assez large pour donner issue aux matières accumulées ; j'incisai sur la portion de la peau la plus amincie, à peu près vers le milieu du bubonocèle ; des matières fécales excessivement fétides s'écoulèrent sur-le-champ ; je me contentai de panser à plat, sans pratiquer aucune manœuvre d'exploration ; dans la presque conviction où j'étais que ce malade devait succomber, je ne voulais pas laisser penser que je me fusse livré à une opération grave.

Prescription : diète absolue, boisson laxative à la casse, une cuillerée de vin quatre à cinq fois le joor.

Je pars en prévenant la famille qu'il n'y en aura pas pour longtemps.

Cependant quatre jours entiers après ma première visite, je suis de nouveau demandé pour voir le malade, *qui n'allait pas plus mal*. Arrivé près de lui, je relevai le pansement simple, qu'on avait continué sans compression. Entre les lèvres de la plaie se trouvait l'extrémité d'un morceau de matière membraneuse qui semblait s'y présenter pour

sortir. Je crus à quelque lambeau d'aponévrose, ou au sphacèle de quelque partie du sac. J'opérai une légère traction, et j'amenai un morceau d'intestin, laissé à ses extrémités en bec de flûte, mais complet à son centre, où une portion tubulée existait encore dans l'étendue de trois centimètres : ce fragment appartenait à l'intestin grêle. Cette circonstance me fit penser de plus en plus que la maladie serait sans ressource. Les matières fécales liquides continuaient à couler par la plaie. Je fais continuer l'usage de la boisson laxative ; même pansement de charpie sèche souvent renouvelée.

Je ne revois plus le malade, mais au bout d'un mois à dater de ma dernière visite, j'appris qu'il était rétabli. Quelques jours plus tard je le vois, les fonctions de la défécation se sont peu à peu rétablies, la cicatrisation de la plaie est complète. Ce malade vit encore, se porte fort bien, et se félicite d'une maladie qui l'a délivré de l'ennui de sa hernie.

Le résultat heureux de ce grave accident me paraissait trop extraordinaire pour que je ne m'empressasse pas d'en faire part à mon collègue, M. de Lahruyère, avec lequel j'ai le bonheur rare de vivre dans une intimité toute fraternelle, et avec lequel j'entretiens un commerce journalier de relations scientifiques. M. de Lahruyère me dit alors que ce qui m'étonnait tant ne l'étonnait plus ; qu'il avait à cet égard quelques observations tout aussi remarquables. Il voulut bien m'en donner connaissance. Je vais les mentionner sommairement.

Le 27 mars 1830, M. de Labruyère est appelé à Ribeyre, commune de Raucoule, canton de Montfaucon, pour y visiter le nommé Louis Ponchon. Il était porteur d'une hernie crurale présentant depuis deux jours des symptômes d'étranglement. Des tentatives nombreuses de taxis aidées de tous les moyens appropriés restent sans résultat. Le malade, afin d'être plus rapproché du médecin, se fait transporter à l'hôpital de Montfaucon. Après trois jours la tumeur, qui n'a pu être réduite, devient rouge et fluctuante. Bientôt elle s'abcède manifestement. Une incision simple donne issue à une certaine quantité de pus et de matières stercorales. Pansement à plat avec une mèche de charpie entre les lèvres de l'ouverture. Pendant 6 à 8 jours les matières fécales s'écoulent entièrement par la plaie. Pendant tout ce temps diète et laxatifs, lavements. Au bout de dix jours la plaie semble se rétrécir : on supprime la mèche. Quelques selles liquides commencent à s'effectuer par la voie naturelle. Continuation du traitement évacuant, quelques bouillons. Amélioration progressive. La plaie, au quinzième jour, ne reçoit plus de matières fécales. Le 24 avril, le malade sort guéri sans fistule stercoraire. Ponchon, qui vit encore, est plein de santé ; il n'est demeuré sujet à aucune incommodité, et n'éprouve jamais de coliques.

Le 6 juin 1833, la femme Minaire, de la Vernelle, commune de Dunières, fait appeler M. de Labruyère. Elle souffre depuis trois jours d'une hernie crurale engouée. Cette malade est enceinte de sept mois et demi. Tentatives de réduction infructueuses. Bains, sangsues, cataplasmes narcotiques. Trois jours plus tard, nouvelle visite. L'abcès stercoral est manifeste. Une assez large incision est pratiquée, elle donne issue à des matières fécales qui s'écoulent avec abondance de la plaie. La malade est de suite extrêmement soulagée. Diète, laxatifs, un plumasseau de charpie enduit de cérat sur la plaie ; soins de propreté. Pendant douze jours les matières fécales s'écoulent entièrement par la plaie; dans cet espace de temps cinq lombrics s'échappent par l'ouverture. A dater de cette époque la quantité des matières fécales diminue : une première selle a lieu par le rectum. Rétrécissement progressif de l'ouverture. Un mois après l'incision la malade est rétablie et la plaie cicatrisée. L'accouchement survint une quinzaine de jours après : il fut laborieux, mais les voies digestives ne souffrirent nullement; aucune douleur ne se manifesta vers la cicatrice, et la malade s'est parfaitement rétablie, sans infirmité, et sans demeurer sujette aux coliques qui signalent la présence d'un rétrécissement.

Au mois de mars 1841, je suis moi-même appelé pour donner mes soins à la femme Curson, du lieu d'Houmai, commune de Raucoules, et habitant momentanément à Montfaucon. Elle est en proie depuis deux jours à de violentes coliques et à de fréquents vomissements. Le ventre est tendu et douloureux, le pouls est petit, vif, fréquent; la langue est d'un jaune brun à son centre, d'un rouge vif à son limbe. Cette malade est âgée de cinquante-quatre ans. Je suspecte l'existence d'une hernie que la malade n'accuse pas, omission fréquente chez les gens de la campagne. L'examen du ventre me fait découvrir dans la région crurale droite une tumeur du volume d'un œuf de dinde, douloureuse au toucher, très-dure et bi-marronnée. Tentatives de taxis infructueuses. Sangsues, bains de siége, décubitus approprié. Le soir du même jour nouvelles tentatives de réduction, insuccès. Cataplasmes de feuilles de belladone, sangsues, bains, lavement purgatif, deux verres d'eau de Sedlitz. Le lendemain nouvelles tentatives de réduction infructueuses. Des occupations indispensables m'éloignent pour quelques jours de cette malade, M. de Labruyère a la complaisance de la voir ensuite. Nouvelles tentatives de réduction dans le bain, insuccès. Vers le cinquième ou sixième jour à dater de ma première visite, une sorte de fluctuation se fait sentir dans la tumeur. Les symptômes généraux s'amendent. Le septième, M. de Labruyère incise la tumeur, d'abondantes matières fécales s'en écoulent et ne cessent de fluer pendant les premiers jours.

Laxatifs, lavements purgatifs, pansement simple. Le lendemain ; du bouillon est permis, car l'état adynamique se prononce déjà. Après trois à quatre jours de ce traitement, l'amélioration se prononce. On laisse les laxatifs. Nutrition légère. Après trois semaines, je peux revoir la malade ; les selles venaient de reparaître par les voies naturelles, la plaie se cicatrisait. L'amélioration est progressive. Le vingt-sixième jour la plaie est cicatrisée entièrement ; le trentième, la malade est entièrement guérie.

Peu de temps après, la fille de la malade étant entrée chez moi comme domestique, y fut prise d'une fièvre typhoïde à laquelle elle succomba. Sa mère, rétablie, vint elle-même lui donner des soins et la veiller pendant plusieurs nuits. Elle m'assura qu'elle ne souffrait aucunement, ni dans les efforts qu'elle faisait pour soulever sa fille, ni de coliques quand elle allait à la selle, malgré une constipation qui avait succédé à son accident.

Voilà bien, si nous ne nous abusons, des faits d'un saisissant intérêt. Ils sont peu nombreux, il est vrai; mais relativement aux cas observés par nous, et aux occasions de débridement qui ne sont qu'en même nombre, n'ont-ils pas une signification bien importante? D'ailleurs ils viennent s'ajouter à un certain nombre d'observations semblables disséminées çà et là dans de nombreux ouvrages.

MOURET,
Médecin à Montfaucon (Haute-Loire).

REMARQUES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES GANGLIONS.

La compression continue, la ponction, l'extirpation, les résolutifs, constituent les principales méthodes thérapeutiques auxquelles on demande chaque jour la guérison des tumeurs accidentelles auxquelles les chirurgiens ont donné le nom de ganglions. Nous n'avons nullement l'intention de tracer ces diverses méthodes, dont les unes se montrent souvent impuissantes contre le mal auquel il s'agit de remédier, et dont les autres ont été plus d'une fois l'occasion de dangers réels pour les malades auxquels elles étaient appliquées. La méthode qu'aujourd'hui les chirurgiens emploient le plus ordinairement, parce qu'elle réussit constamment, et que, d'un autre côté, elle met les malades à l'abri de tout accident consécutif, c'est l'écrasement, qui, comme nous le verrons plus loin, n'a qu'une apparence de rapports avec la compression continue proprement dite.

Cette méthode est d'une application fort simple : la partie qui est le

siége du kyste qu'il s'agit de faire disparaître étant placée sur un corps fixe et résistant, sur une table par exemple, on appuie fortement sur la tumeur, soit la pelote d'un cachet garni, soit une pièce de monnaie enfermée dans un mouchoir, soit, ce qui vaut mieux encore, quand cela suffit, les pouces des deux mains : quand cette pression a été assez forte, relativement au degré de résistance du kyste, la rupture de celui-ci a lieu, la tumeur disparaît en même temps que l'opérateur lui-même perçoit une sensation de déchirement toute particulière. Le kyste étant déchiré, le liquide qu'il contenait s'épanche dans le tissu cellulaire, d'où il ne tarde point à disparaître, grâce à l'absorption. Quant à la poche elle-même, ses parois s'enflamment, contractent entr'elles des adhérences, et la maladie est le plus ordinairement guérie sans retour.

Telle est la méthode de traitement la plus usitée pour combattre les ganglions, et telle est aussi, nous le répétons, celle à laquelle, à moins d'indications spéciales, il faut se borner dans la pratique, parce que cette méthode est à la fois la plus sûre et la plus inoffensive. Les courtes remarques que nous voulons consigner ici porteront et sur les cas dans lesquels le kyste résiste à la pression instantanée, ou l'écrasement, et sur ceux dans lesquels ce procédé réussit, et où il s'agit de prévenir le retour du mal.

Il n'est pas de chirurgien, si porté qu'il soit *de tempérament* aux opérations sanglantes, qui, avant de recourir à une opération de ce genre pour combattre un ganglion, ne fasse au moins quelques tentatives pour écraser ce kyste. Ce n'est que lorsque ces tentatives ont été impuissantes, qu'il recourt à d'autres procédés opératoires. Nous voyons en effet que, dans un certain nombre de cas, l'épaisseur des parois du kyste, son étendue, etc., peuvent rendre nécessaire l'application de ces procédés; mais nous pensons qu'en dehors de ces indications spéciales, il ne faut pas conclure, immédiatement au moins, de l'inefficacité de la pression forte et instantanée, à la nécessité d'une méthode thérapeutique plus décisive et plus prompte dans ses résultats. L'expérience enseigne en effet qu'il arrive parfois que la rupture de la poche ganglionnaire ne se fait point instantanément, mais qu'elle a lieu quelques jours après que la compression a été pratiquée. On se rend aisément compte de ce fait, en supposant que la compression n'a fait que préparer la rupture du kyste en déterminant la rupture de quelques-unes de ses fibres. Nous avons observé quelques cas de ce genre, que nous allons succinctement rapporter. La femme Boni, âgée de trente ans, habituée à se servir de sabots, a vu se développer lentement, sur la face dorsale et externe du pied gauche, une petite tumeur indolente, qui finit par gêner notablement la marche. Lorsque nous observons la malade,

cette tumeur a environ le volume d'une grosse noix : la pression n'y développe aucune douleur, et n'exerce non plus aucune influence sur son volume et sa forme globulaire. A ces caractères, il était facile de reconnaître que nous avions affaire à un simple ganglion. Nous essayâmes immédiatement, à l'aide d'une compression énergique, d'écraser cette tumeur : bien que nous ayons plusieurs fois renouvelé nos tentatives, celles-ci restèrent impuissantes. A quelques jours de là, nous revîmes la malade, nous lui proposâmes de recommencer l'opération, mais elle s'empressa de nous dire que cela était parfaitement inutile, attendu que la tumeur avait complétement disparu. Nous examinâmes le pied et nous reconnûmes en effet que le ganglion était complétement effacé. Nous demandâmes quelques détails à la malade, qui nous dit que la *grosseur* avait disparu spontanément quelques jours après les tentatives que nous avions faites inutilement pour obtenir ce résultat.

Dans un autre cas, les choses se passèrent exactement de la même manière : ici le ganglion avait son siége au poignet : il était dur, résistant, ce qui était en rapport avec le long temps depuis lequel il existait. Nous nous bornâmes, dans cette circonstance, à exercer la compression sur la tumeur à l'aide des pouces croisés l'un sur l'autre, suivant le procédé indiqué par Sabatier. La poche résista : au bout de quelques jours, nous répétâmes la même compression, nous échouâmes de nouveau. Quelques semaines après, la malade vint nous retrouver, et nous fit remarquer une notable diminution dans le volume de la tumeur : il nous suffit dès lors d'une legère pression pour l'effacer complétement. La maladie jusqu'ici ne s'est pas reproduite.

Enfin dans un troisième cas, où la compression instantanée ne réussit point à briser le kyste, nous conseillâmes au malade de malaxer fréquemment la tumeur, de la comprimer dans ses divers sens : au bout d'un mois environ, la tumeur diminua de volume, et puis disparut.

La conclusion pratique qui doit être tirée rigoureusement des faits que nous venons de rapporter, c'est que la compression, dans le traitement des ganglions, développe son efficacité ou instantanément par la rupture immédiate du kyste, ou consécutivement, en plaçant celui-ci dans des conditions qui favorisent la rupture spontanée. Lors donc qu'on a eu recours à cette méthode dans le traitement de cette maladie, si la rupture n'a point lieu immédiatement, il ne faut point encore désespérer du résultat qui peut se produire plus tard. Instruit par ces faits, nous croyons que, dans les cas où la rupture instantanée de la poche séreuse n'a point eu lieu, il faut recommander aux malades d'exercer sur la tumeur des pressions fréquentes, dans la vue de favoriser une rupture que les tentatives d'écrasement ont pu heureusement

préparer. Ces pressions deviennent surtout nécessaires lorsque la diminution de la tumeur annonce qu'une portion du liquide qu'elle contient s'est échappée à travers quelques éraillements de ses parois. Que si, en pareil cas, on n'avait point recours à ces pressions, il pourrait arriver qu'une partie du liquide s'étant échappée du kyste, les parois de celui-ci moins distendues revinssent sur elles-mêmes, et que le pertuis par lequel la sérosité a fui se refermât.

Nous avons dit, au commencement de cette note, que nous avions également quelques remarques à faire sur les soins consécutifs dont se compose le traitement de la maladie dont nous nous occupons en ce moment, quand l'écrasement du kyste a eu lieu immédiatement : ces remarques seront fort courtes.

Presque tous les auteurs qui ont traité cette question de thérapeutique chirurgicale recommandent, lorsque l'écrasement a eu lieu, d'exercer une certaine compression sur le point malade. L'indication à laquelle ils se proposent de satisfaire par là, c'est de mettre en contact les membranes déchirées du kyste, d'obtenir leur adhérence, et de prévenir ainsi le retour du mal. Nous ne savons jusqu'à quel point la compression employée immédiatement après la déchirure de la poche peut en favoriser l'oblitération. Pour obtenir l'adhésion de deux surfaces séreuses, il ne suffit point de les mettre en contact l'une avec l'autre; il faut de plus qu'un travail inflammatoire donne naissance à un liquide plastique organisable qui, s'épanchant entre les deux surfaces, devient pour elles un moyen d'union, comme le cal entre les deux fragments d'un os brisé. Or, la compression peut-elle favoriser ce résultat? on l'emploie tous les jours avec avantage pour le prévenir; est-on bien sûr que dans cette circonstance elle agisse d'une manière inverse et favorise le développement d'une phlegmasie qu'ailleurs on cherche à prévenir par elle? Il nous semble qu'il y a quelque inconséquence dans cette thérapeutique, c'est pourquoi nous avons cru qu'il nous était au moins permis de poser cette question. Si les faits, observés de ce point de vue, montraient que c'est surtout dans les cas où cette compression prophylactique a été employée, qu'on a vu la maladie se reproduire, peut-être serait-on rigoureusement autorisé à conclure que cette méthode qui encourt *à priori* quelques objections sérieuses, doit être abandonnée. C'est à l'expérience qu'il appartient de résoudre définitivement cette question de pratique chirurgicale.

Nous ne voulons point terminer cet article sans dire un mot d'un cas que nous avons actuellement sous les yeux et sur le diagnostic duquel nous avouerons hésiter un peu.

Une dame, de cinquante ans environ, porte une tumeur fluctuante à

la face dorsale du doigt medius de la main droite et au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange : cette tumeur, qui s'est développée assez lentement et sans douleur aucune, est fortement résistante. La peau qui la recouvre est tellement distendue, qu'il semble qu'on aperçoive à travers ses parois diaphanes le liquide contenu dans la poche sous-cutanée. Quelle est la nature de cette tumeur? M. J. Cloquet a fait remarquer justement qu'il ne faut pas confondre avec les ganglions certaines tumeurs qu'on rencontre parfois au voisinage des articulations, et qui dépendent de l'accumulation de la synovie dans une poche herniaire provenant de la membrane synoviale articulaire (1). La petite tumeur dont il s'agit a-t-elle cette origine? Ce qui tend à me faire croire qu'il en est réellement ainsi, c'est que la malade a eu plusieurs attaques de goutte, et que, par suite même de ces atteintes, la plupart des doigts sont visiblement déformés. Cependant, d'un côté, cette tumeur s'est développée sans douleur, et d'un autre côté, il est impossible de faire refluer dans l'intérieur de l'articulation le liquide qu'elle contient. Serait-ce tout simplement l'une de ces tumeurs que, depuis les recherches de Béclard, les chirurgiens ont comprises sous le nom d'hydropisie des bourses muqueuses sous-cutanées? Dans ce dernier cas la maladie se rapproche beaucoup des ganglions proprement dits, et les mêmes méthodes de traitement sont applicables aux unes et aux autres. Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas que la compression instantanée convînt au traitement d'une tumeur placée en ce point. Nous nous sommes jusqu'ici borné à conseiller à la malade la malaxation du kyste, sa compression continue au moyen d'une bande, et des frictions à la surface de la tumeur avec l'huile d'Origan, dont S. Cooper dit avoir retiré d'incontestables avantages dans le traitement des ganglions. Jusqu'ici nous n'avons obtenu de l'emploi de ces moyens qu'une amélioration douteuse.

Nous avons rapproché ce fait des kystes ganglionnaires, pour montrer que, dans les formes morbides qui paraissent les plus simples, le diagnostic peut devenir difficile, et rendre l'art incertain dans le traitement à instituer. D[r] S.

CHIMIE ET PHARMACIE.

CONDITIONS QUE DOIVENT PRÉSENTER LES SANGSUES POUR ÊTRE BONNES.

Il est de notoriété médicale que depuis longtemps les sangsues ont à

(1) *Répert. des sc. méd.*, t. XIII, p. 586.

la fois augmenté de prix et diminué de qualité. Un rapport de M. Chevallier en explique la cause. Nommé expert par le tribunal de commerce à l'occasion d'un procès entre des marchands de sangsues, ce savant s'est livré à des recherches comparatives sur des sangsues fournies, d'un côté, par une société formée de marchands de Paris, de Lyon, de Trieste et de Strasbourg, et d'un autre côté par M. Joseph Martin, négociant de Paris. Celles de la société ont été trouvées contenant 20, 25 et 40 pour 100 de leur poids de sang ; celles prises chez M. Martin étaient vides. Les motifs pour lesquels on gorge les sangsues sont faciles à saisir, elles se vendent au poids et au volume.

Ce n'est pas pour les nourrir qu'on donne du sang aux sangsues, car la mortalité des animaux gorgés est plus grande que celle des animaux vides. Avis donc aux praticiens, aux pharmaciens et à l'administration des hôpitaux. Celles de ces derniers établissements sont d'une déplorable infériorité, ainsi que l'ont constaté des expériences faites à l'Hôtel-Dieu par M. Magendie, et à la Charité dans le service de M. Fouquier.

Pour être bonnes, les sangsues doivent : 1° prendre toutes, si la place est convenablement préparée ; 2° ne pas contenir de sang, par conséquent n'en pas rendre ; or, les marchands de sangsues savent parfaitement distinguer celles qui en renferment de celles qui sont vides : c'est une habitude que donne la pratique. Parmi les sangsues qui sortent des marais, il en est bien quelques-unes qui contiennent du sang, mais il faut les considérer comme non marchandes afin d'éviter toute confusion, bien que ce sang puisse être distingué de celui qui leur a été artificiellement donné ; 3° les grosses sangsues doivent prendre cinq fois leur poids de sang, les grosses-moyennes six et sept fois, les petites-moyennes quatre à cinq fois leur poids. Ce sont des conditions qu'il convient d'exiger pour toute fourniture, soit privée, soit publique. Nous nous réunissons à M. Chevallier, qui conclut à appeler l'attention de l'autorité sur cette question.

NOTE SUR L'IODURE DE POTASSIUM.

On sait, en chimie, que les acides énergiques, lorsqu'ils sont fortement étendus, ne décomposent pas l'iodure de potassium à la température ordinaire, et que par conséquent l'empois de l'iodure potassique n'est pas bleui par eux, à moins que le sel ne contienne de l'iodate de potasse, quelque minime que soit la proportion de ce dernier. Ainsi, pour reconnaître la présence de la plus faible quantité d'acétate potassique dans l'iodure de potassium, on prescrit de faire dissoudre ce dernier dans de l'eau, de le mélanger avec un peu d'empois d'amidon, et d'y

ajouter de l'acide sulfurique étendu : s'il se manifeste une coloration bleue, on en conclut qu'il s'y trouve de l'iodate de potasse.

Cependant, M. Schœnbein n'a pas encore jusqu'ici déconvert de traces de ce dernier sel dans les divers iodures de potassium du commerce qu'il a examinés, et néanmoins il a obtenu des réactions bleues très-prononcées avec certains de ces iodures qui avaient été préparés très-soigneusement, et qui étaient annoncés comme chimiquement purs. A quelle cause peut donc être rapportée la production du phénomène en question?

M. Schœnbein a constaté d'ailleurs que tout iodure de potassium obtenu par décomposition de l'iodure de fer ou de l'iodure de zinc au moyen du carbonate potassique ne présente point cette coloration spéciale, tandis que s'il a été obtenu à l'aide de l'hydrate de potasse, il peut, suivant les circonstances, bleuir ou non l'empois. Ainsi, lorsque l'hydrate potassique employé pour la décomposition dissous dans l'eau, et légèrement sursaturé par l'acide sulfurique, bleuit l'empois d'iodure de potassium, l'iodure potassique qu'il sert à obtenir possède la même propriété; le contraire a lieu lorsque cet hydrate ne change pas la couleur de l'empois ioduré.

D'un autre côté, l'auteur a observé qu'en faisant fondre, même pendant peu de temps, de l'hydrate de potasse au contact de l'air atmosphérique, ou le faisant dissoudre dans de l'eau, puis le sursaturant légèrement par de l'acide sulfurique, il acquiert la propriété de bleuir sensiblement l'empois d'iodure de potassium qu'on met dans sa dissolution. Or, dans le cas présent la réaction bleue ne peut guère être attribuée à de l'iodate potassique, et elle doit avoir sa canse prochaine dans quelque autre combinaison qui se forme par la calcination de l'hydrate de potasse à l'air. Ne se pourrait-il pas que la fusion de l'iodure de potassium à l'air libre donnât lieu à la production de la même substance, qui paraît se former pendant la calcination de l'hydrate potassique? C'est une question qui reste à résoudre, ainsi que beaucoup d'autres relatives aux diverses colorations que prennent les cristaux d'iodure potassique pur, ou les tissus organiques qui sont mis en contact avec eux, au contact de l'air ou de certaines autres substances.

M. Schœnbein termine sa communication par une remarque qui n'est pas sans importance pour les chimistes praticiens : c'est que de l'empois mélangé d'iodate de potasse qui contient de l'iodure de potassium est, pour constater la présence des acides libres, un réactif dont la sensibilité peut rivaliser avec celle du papier bleu de tournesol. En effet, la plus minime proportion d'acide libre qui se trouve dans l'eau suffit pour lui faire prendre une coloration bleue foncée.

NOTE SUR LE SANTONIN.

M. Peretti, après s'être assuré que la substance qu'il désigne par la dénomination de *santonin*, substance qui a été découverte presque en même temps par M. Kahler et par M. Almi dans l'*artemisia contra*, connue dans la droguerie sous le nom de *semen contra*, M. Peretti, disons-nous, après s'être assuré que cette substance jouit d'une propriété électro-négative, en conclut qu'elle est de nature acide, ainsi que l'avaient déjà soupçonné Thomson et Liébig, qui la regardent comme ressemblant à beaucoup d'acides gras.

Suivant le professeur romain, le santonin du commerce n'est autre que du bisantoniate de potasse; mais il paraît, d'après toutes les expériences de ce chimiste, que la proportion de ce corps que l'on obtient par quelque procédé que ce soit est constamment très-petite, d'où il résulte pour lui qu'il est douteux que la propriété vermifuge bien connue du semen-contra doive être entièrement attribuée à la présence de ce principe.

A l'occasion de cette note M. le professeur Gaultier de Claubry rapporte les résultats d'une expérience curieuse faite sur le santonin par M. Zantedeschi, professeur à Venise, résultats qui se trouvent en opposition avec ceux qu'ont obtenus divers chimistes sur plusieurs matières colorantes organiques.

On sait que l'indigo et l'orcine, par exemple, sont incolores, et ne prennent la brillante teinte qui les caractérise que par l'absorption de l'oxygène; d'autres faits analogues paraissent pouvoir conduire à ce résultat général que beaucoup de matières colorantes offrent le même caractère.

Le santonin, exposé à l'action de la lumière solaire, prend en peu d'instants une teinte jaune; mais il ne paraît pas que l'action de l'oxygène exerce une influence absolument utile sur ce phénomène de coloration. En effet, M. Zantedeschi a vu le santonin soumis à l'insolation dans le vide barométrique, y prendre une teinte jaune presque aussi vive et à peu près dans le même temps, quoique un peu moins rapidement, qu'une autre portion de la même substance placée sous la même influence lumineuse dans l'air ou dans l'oxygène.

M. Gaultier de Claubry rappelle à ce sujet une très-ancienne expérience de Vogel père, dans laquelle du phosphore, exposé à une forte insolation dans du gaz hydrogène ou dans le vide, se convertissait en poudre rouge analogue à l'oxyde de ce corps.



CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES FAITS TOUCHANT L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SUC D'ORTIES.

M. Ginestet, officier de santé, a transmis l'année dernière à l'Académie royale de médecine (voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVII, p. 252), un mémoire sur l'emploi du suc d'ortie comme hémostatique, et M. Merat a fait, devant ce corps savant, un rapport favorable sur ce travail. Certainement tous les efforts faits en vue d'agrandir le domaine de l'art, d'augmenter nos ressources thérapeutiques doivent être encouragés. Mais que M. Merat me permette de le lui dire, les éloges qu'il a donnés à ce moyen ne sont pas suffisamment justifiés par l'expérience. Il dit, dans ce rapport, que l'usage du suc d'ortie n'est pas nouveau. Assurément il peut le dire, car je l'ai vu vulgairement employé par les femmes du peuple pendant plusieurs années de pratique en Provence contre toutes sortes de pertes utérines ; et depuis cinq ans que j'exerce dan le Lyonnais, je vois journellement dans les campagnes ce même moyen mis en usage à des doses même plus fortes que celles indiquées par M. Ginestet dans les hémorrhagies utérines. Les résultats sont très-variables et ne sont pas, il s'en faut, toujours heureux. Mais ce sont moins de simples assertions que des faits soigneusement observés que je veux exposer ici.

Obs. I. Le 13 juin 1837, je fus mandé au château de M. Gairoird, commune de Saint-Cyr (Var), pour voir une femme âgée de quarante-huit ans, grande, forte, d'un tempérament sanguin, laquelle était malade depuis plusieurs jours. Ayant ses règles, elle avait porté un lourd fardeau, ce qui avait déterminé une perte qui durait depuis neuf jours et qui était devenue surtout inquiétante depuis trois jours. Elle gardait le lit et la diète, et tous les jours elle buvait un grand verre de suc d'ortie (*urtica urens*). Cependant ce breuvage n'avait rien fait sur sa ménorrhagie qui augmentait toujours. Le col et le corps de l'utérus n'offraient rien d'extraordinaire, si ce n'est un léger engorgement du col avec écartement de ses lèvres. L'état général de la femme indiquait une grande prostration ; la figure, la langue et les lèvres étaient exsangues; pouls misérable, très-accéléré, petit, filiforme; peau froide; céphalalgie intense du côté gauche; anorexie; voix faible, interrompue. Prescription : limonade minérale par demi-tasses, et toutes les deux heures un paquet de poudre composé de tannin et cachou āā, 10 centigr. ; sulfate d'alumine, 5 centigr.; à prendre dans un peu d'eau panée; de temps en temps et dans l'intervalle une cuillerée à bouche du gros vin vieux de Provence dans lequel on devait infuser de la cannelle ; bouillon consommé froid, plusieurs tasses. Le premier jour du traitement la perte commença à diminuer; elle s'arrêta complétement le 17, et la pauvre femme s'est remise de sa maladie peu à peu, mais non sans peine.

Obs. II. Le 14 février 1838, je fus appelé à la Cadière (Var), pour la femme Ventre, âgée de près de trente ans, d'un tempérament lymphatique, mère de plusieurs petits enfants. Son dernier enfant a plus d'un an. D'après son récit, il paraîtrait qu'elle aurait été enceinte de trois mois et qu'elle aurait avorté il y a quinze jours sans cause appréciable. Depuis cette époque, elle avait une perte considérable. Sa figure était pâle-blême; peau froide; pouls petit, misérable, à 100; la langue et les lèvres décolorées; prostration des forces; anorexie; vomituritions; constipation; sommeil agité par des rêves pénibles; soif légère. La sage-femme, pendant huit jours, lui avait fait prendre du suc d'ortie, tantôt d'*urtica urens*, tantôt d'*urtica dioica*, à la dose d'un verre par jour, sans le moindre effet. Je lui prescris les préparations ferrugineuses et de quinquina, tantôt en lavement, tantôt par la bouche; un régime léger, tonique; boissons acidulées; vin du pays coupé avec l'eau panée; la perte devint bien moindre au bout de quatre jours; la perte blanche, combattue par les mêmes moyens, disparut à la fin du mois; mais elle ne s'est remise complétement que vers les derniers jours de mars.

Obs. III. Mme A..., de Rive-de-Gier, âgée de cinquante ans, d'une faible constitution, tempérament nerveux, menstruée pour la première fois à douze ans, mariée à treize, eut un enfant à quinze. Depuis cette époque, elle est sujette aux hémorrhagies utérines souvent tellement intenses qu'elles la mettent aux portes de la mort. Depuis quatre ans que je la soigne, je la vois toutes les années passer trois à cinq mois au lit. Plus d'une fois j'ai eu à consulter pour elle MM. Gensoul et Richard de Nancy, de Lyon, qui furent ses premiers médecins. Elle porte un léger engorgement dur du col utérin; elle porte de plus au côté gauche du cou, et s'étendant jusqu'à la clavicule, une tumeur squirrheuse. Il est inutile d'énumérer ici tous les moyens que j'ai employés chez cette dame depuis quatre ans; je dirai seulement qu'elle a eu souvent recours, sans mon conseil ni celui de mes confrères, au suc d'ortie à doso aussi forte que celle qu'indique M. Ginestet, et toujours sans la moindre diminution de l'hémorrhagie utérine; ce remède avait au contraire un effet fâcheux; il lui causait un mal d'estomac terrible, des vomissements et des serrements qui l'empêchent bientôt de pouvoir supporter même un léger bouillon.

Obs. IV. Mme G... C..., de Rive-de-Gier, âgée de quarante-huit ans, d'une assez forte constitution. Cette dame fut réglée à treize ans; mariée assez tard, elle n'eut qu'un seul enfant; elle s'était toujours bien portée; il n'y a qu'un an qu'elle s'est aperçue du trouble dans la menstruation; ses règles tantôt devançaient, tantôt retardaient, se prolongeaient parfois plus de quinze jours. Elle avait depuis quatre ou cinq mois une perte presque continuelle lorsqu'elle m'en parla pour la première fois. Toutes les fonctions, du reste, se faisaient bien. J'ai constaté par le toucher un engorgement du corps et du col de l'utérus. Le col était volumineux, fort, bas, allongé, dur; les lèvres du museau de tanche étaient béantes et permettaient l'introduction du doigt. Mon traitement consista dans le repos absolu au lit, un régime doux, et tous les quinze jours, pendant trois mois et demi, je lui pratiquai une saignée du bras tantôt spoliative tantôt révulsive suivant le besoin. J'y joignis bientôt des pilules de poudre de ciguë, des frictions à l'intérieur des cuisses avec la pommade d'iodure de plomb, d'après la pratique de M. Lisfranc, des injections et des quarts de lavements émollients laudanisés. Au moyen de ce traitement, j'obtins une diminution considérable du col qui est mou et fort

haut; les pertes cessèrent; le flux menstruel ne vient que tous les mois, mais il dure quinze jours. Mme C... reste toujours couchée sur son fauteuil, se lève par moment, et à part une constipation et des spasmes nerveux qui la tourmentent parfois, elle ne va pas mal. C'est dans la première quinzaine du mois dernier que Mme C..., ennuyée de ce que ses règles se prolongeaient au delà de douze jours, a pris le matin à jeun un verre de suc d'ortie (*urtica dioica*) par les conseils d'une de ses amies, médicament que, nous avons omis de le dire, elle prenait habituellement avant de commencer notre traitement; mais pas plus cette fois-ci que précédemment elle n'a retiré aucun bénéfice de ce remède. Elle lui a dû un mal d'estomac qui lui empêche pendant plusieurs jours de supporter la soupe la plus légère.

Obs. V. Le 15 octobre 1844, je fus prié d'aller voir, à Mérigineux, commune de Tarteras, la femme Bunard, que l'on me disait dangereusement malade. Cette femme, d'une forte constitution, âgée de trente ans, n'avait pas vu ses règles depuis deux mois. Le 10, cinq jours avant ma visite, ayant eu à supporter une grande fatigue, elle avait été prise d'une forte métrorrhagie et de douleurs utérines comme pour accoucher; elle prit ce jour-là ainsi que le suivant du suc d'ortie (*urtica dioica*), d'après le conseil de bonnes femmes, sans aucun effet. Le 12 au soir, un de mes collègues, praticien distingué de cette ville, la vit, et après un examen superficiel, lui ordonna une décoction de seigle ergoté comme hémostatique, ce qui non-seulement augmenta l'hémorrhagie, mais lui causa des contractions utérines et des coliques insupportables qui l'obligèrent de suspendre le remède dans la journée du 13. Les vomissements répétés et des syncopes furent observés le 14 et le 15 au matin, où la malade resta plus d'une heure plongée dans une lipothymie qui suspendit momentanément l'hémorrhagie. A mon arrivée, cette pauvre femme était pâle, exsangue; son pouls était petit, misérable, filiforme, à 135; ses pupilles dilatées; elle ne voyait plus; sa voix était faible; la peau froide; la langue ainsi que les lèvres pâles, sèches; elle éprouvait toujours des envies de vomir; une céphalalgie du côté gauche, et une soif inextinguible; douleur forte à l'épigastre. Le toucher par le vagin m'a fait constater à l'orifice de l'utérus, le col étant assez dilaté, un corps volumineux, mollasse, que je jugeai être le placenta d'une conception de deux mois et demi; j'eu fis l'extraction; de suite après la femme se sentit soulagée et l'hémorrhagie cessa. Des bouillons consommés, du bon vin vieux coupé avec de l'eau panée, une potion tonique avec du quinquina et de la cannelle, relevèrent les forces. L'hémorrhagie ne reparut plus. La convalescence fut longue, mais la malade se rétablit parfaitement.

Quel est mon but en publiant ces faits, dont je pourrais facilement augmenter le nombre? c'est de montrer à la fois l'usage inconsidéré que j'ai vu faire du suc d'ortie et le peu d'effet que je lui ai vu obtenir dans les hémorrhagies utérines. Il ne suffit pas aujourd'hui de dire, comme l'a fait M. Ginestet, tel remède arrête les pertes de la matrice, il faut encore spécifier les cas de métrorrhagie où il convient de l'appliquer, et ceux, bien plus nombreux, où il ne peut avoir aucune action avantageuse, où il doit être même nuisible. Quand il s'agit de traiter une maladie qui a sa source dans l'utérus, il faut avant tout se bien fixer sur

l'état de l'organe par le toucher et par le spéculum, car la perte de sang peut tenir à tant de causes, affections organiques, polypes, etc. Même quand il n'y a eu qu'un simple engorgement du col, avec ou sans ulcérations, je n'ai vu produire au suc d'ortie que de mauvais effets, car l'hémorrhagie n'a point été arrêtée, et les malades ont retiré de cet usage de violents maux d'estomac, des vomissements, un serrement très-pénible à l'épigastre et la difficulté, pendant un certain temps, de supporter une alimentation même légère. La seule affection où je comprends l'emploi du suc d'ortie, et où, d'après mon expérience, il peut être quelquefois d'un bon effet, ce sont les flueurs blanches ne dépendant d'aucune lésion ni du corps, ni du col utérin.

Kosciakiewiez, D. M.
à Rive-de-Gier (Loire).

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, par J. Lisfranc, tome IIIe.

Le troisième volume de la Clinique chirurgicale de la Pitié, qui a paru depuis quelque temps, est venu clore, en lui donnant un nouvel intérêt, une des plus importantes et des plus utiles publications de notre époque. Aujourd'hui que cet ouvrage est complet, chacun peut apprécier comme il mérite de l'être l'esprit qui a présidé à sa composition ; c'est le même esprit de philosophie médicale qui depuis vingt ans a donné aux leçons du chirurgien de la Pitié cette remarquable originalité qu'on a voulu, bien à tort suivant nous, leur contester, et à sa pratique une renommée de prudence et de succès à laquelle elle doit de s'être élevée au degré éminent où nous la voyons parvenue. Qui peut en effet ignorer que bien qu'il ait contribué plus puissamment que personne à vulgariser le mécanisme chirurgical, M. Lisfranc ne s'en est pas moins toujours montré le plus ardent antagoniste de cette chirurgie militante qui chez d'aucuns se traduit bien souvent en velléités opératoires qu'on ne saurait blâmer trop énergiquement? Certes, et nous aimons à le répéter, le chirurgien qui, exclusivement préoccupé d'une lésion locale, résume sans raison tous les efforts de sa thérapeutique sur le seul fait matériel qui tombe sous l'intuition directe de ses sens, celui-là, disons-nous, réduit son art aux proportions les plus mesquines, et le condamne presque sûrement à l'impuissance et à la stérilité. Mais

il y a un rôle plus élevé, et, tous ceux qui liront la Clinique chirurgicale de la Pitié s'en convaincront aisément, pour le chirurgien qui, tout à la fois physiologiste et médecin expérimenté, sait tenir compte des rapports intimes qui, dans l'organisme humain, si complet d'unité et d'harmonie, établissent une solidarité naturelle entre toutes les parties qui le constituent, le mérite principal de M. Lisfranc c'est d'avoir bien compris cette importante vérité, que par ses leçons, ses exemples, et maintenant par ses écrits, il a toujours cherché à répandre. Aussi on se rappelle qu'en rendant compte des premiers volumes de sa Clinique, nous insistâmes principalement sur le haut degré d'utilité pratique qui distinguait cet ouvrage entre plusieurs autres publications ayant également pour base l'enseignement des hôpitaux et l'observation directe des malades : c'est encore le côté dominant de ce troisième volume, qui forme à lui seul un traité complet des maladies de l'utérus. Dans chacun de ses chapitres se trouvent discutées et résolues les plus importantes questions qui se rattachent à la pathologie de la femme, et cela, disons-le, avec une supériorité de raison et une vigueur de logique qu'on ne trouve guère que dans les œuvres des praticiens dont le talent a reçu la double consécration du temps et de l'expérience.

Dans ce volume, où l'auteur semble avoir pris plaisir à répandre avec profusion les richesses thérapeutiques qu'il a conquises dans sa longue pratique, nous signalerons le chapitre consacré à l'histoire des polypes utérins ; pas une assertion n'y est émise qui ne soit aussitôt prouvée par un ou plusieurs faits observés par l'auteur lui-même. Toujours l'idée dogmatique y repose sur l'autorité d'un exemple : aussi l'étiologie des polypes, leurs variétés de structure, de forme, de nombre, les caractères qu'ils présentent, leur physionomie symptomatique, sujette à varier en raison des rapports de leur pédicule avec l'utérus et de leur mode d'implantation à cet organe, l'opportunité de l'opération, l'appréciation des diverses méthodes opératoires, tous ces points sont successivement discutés par l'auteur, qui, sur chacun d'eux, présente des aperçus remarquables par leur justesse et souvent par leur nouveauté. C'est ainsi que nous voyons M. Lisfranc blâmer avec raison le tort qu'on a trop généralement de ne tenir aucun compte de l'état de l'utérus après l'ablation des polypes. « Une fois la tumeur enlevée, dit-il, les chirurgiens qui ne comprennent pas l'importance d'allier la médecine à la chirurgie, renvoient les malades sans s'occuper de l'utérus, en leur disant : *Allez, vous êtes guéries.* » Confiance aveugle et bien souvent funeste ! puisque l'auteur affirme que les hypertrophies avec induration de l'organe utérin sont souvent très-développées lorsqu'il existe un polype, et qu'après l'ablation de celui-ci elles augmentent le plus ordinairement.

Mais ce danger n'est pas le seul contre lequel le praticien doit se tenir en garde : chez les femmes qui ont été opérées d'un polype qui entretenait depuis longtemps une métrorrhagie habituelle, celle-ci se trouve brusquement supprimée ; or, cette suppression a souvent donné lieu à des congestions viscérales qui auraient pu devenir funestes si on ne les avait combattues énergiquement à mesure que les femmes reprenaient de la force et de l'embonpoint. Signalons encore le soin que met l'auteur à ne jamais perdre de vue ses malades avant de s'être bien assuré que la plaie résultant de l'excision du polype est cicatrisée : agir autrement ce serait s'exposer à de graves accidents, puisque M. Lisfranc nous apprend que cette plaie peut dégénérer en cancer : il en cite un exemple.

Nous sommes forcés de négliger beaucoup d'autres aperçus d'où l'auteur a su déduire des indications nouvelles pour la thérapeutique, comblant de la sorte une lacune importante qui avait échappé jusqu'alors à l'attention des pathologistes.

Un non moindre intérêt s'attache au chapitre qui traite des tumeurs fibreuses de l'utérus. M. Lisfranc y démontre l'existence d'indurations utérines arrondies et circonscrites, offrant à leur surface des bosselures, des inégalités comme les tumeurs fibreuses elles-mêmes, dont elles partagent la consistance. Produites par des hypertrophies partielles du tissu de la matrice, elles peuvent être facilement confondues avec les tumeurs fibreuses, et il n'y a que le résultat du traitement dirigé contre elles qui puisse dissiper les incertitudes du diagnostic. De là le précepte, toutes les fois qu'il y a doute, d'en appeler à la thérapeutique; on ne s'expose pas ainsi à laisser subsister et s'accroître des états pathologiques qui peuvent toujours être combattus avec succès. Citons encore les concrétions sanguines de l'intérieur de l'utérus, les hydatides de cet organe, les môles, l'œdopsophie ou émission bruyante des gaz contenus dans le vagin, les divers déplacements de la matrice, les polypes du vagin, et surtout les tumeurs anormales qui peuvent se développer dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale; toutes ces questions d'une solution difficile, en raison des données incomplètes que la science possède sur quelques-unes d'entre elles et qui se trouvent maintenant fort éclaircies par les observations de l'auteur, principalement sous le double point de vue du diagnostic et du traitement. Mais les limites de cette analyse nous forcent à passer rapidement sur une foule d'autres sujets, qui tous sont traités avec un égal soin, pour arriver aux chapitres consacrés à l'étude des ulcérations simples ou cancéreuses du col de l'utérus. Les nombreuses et vives controverses qui ont divisé les praticiens les plus éminents sur les inconvénients et les avantages des cautérisations, que plu-

sieurs ont même rejetées d'une manière presque absolue ; les longues et bruyantes discussions à propos de l'opportunité de l'amputation du col utérin, de son utilité et de ses dangers ; toutes ces importantes questions de thérapeutique chirurgicale se recommandent surtout à l'attention des lecteurs : ici nous nous bornerons à dire que relativement à la valeur de l'amputation du col utérin, M. Lisfranc maintient toutes les opinions qu'il a émises en 1834 dans son mémoire présenté à l'Institut ; et que si aujourd'hui il a moins souvent l'occasion d'y recourir, cela tient à ce que la thérapeutique médicale des maladies de l'utérus a fait d'immenses progrès dans ces dernières années, que conséquemment ces maladies, mieux connues et plus sûrement diagnostiquées, sont aussi plus facilement guéries. Ajoutons qu'averties sur les dangers auxquels les expose l'affection même la plus légère de la matrice, les femmes consultent de bonne heure leur médecin ; toutes ces raisons font que M. Lisfranc, qui il y a douze ans pratiquait quinze amputations du col de l'utétus par année, en fait à peine une ou deux aujourd'hui. Pour notre part, nous sommes heureux de faire connaître ce résultat, que nous considérons comme un progrès des plus consolants, convaincu que nous sommes par expérience, que souvent si l'amputation d'un col cancéreux enlève le mal, elle est loin de guérir la maladie, et que la récidive est toujours fort à craindre. Nous regrettons que le cadre de cette notice ne nous permette pas de suivre l'auteur dans l'appréciation qu'il fait des divers caustiques mis en usage dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus. Peut-être aurions-nous avantageusement opposé à plusieurs de ses assertions, qui nous ont paru trop exclusives, des résultats qui auraient modifié sans aucun doute le jugement très-sévère qu'il porte sur l'emploi du cautère actuel, dont nous avons été pour notre part en position de constater plusieurs fois l'innocuité. Au surplus, c'est là un point de pratique depuis longtemps soumis à l'expérience des praticiens, et c'est à eux qu'il appartiendra, en lisant l'excellent livre de M. Lisfranc, dont ne saurait se passer quiconque a à cœur les progrès de notre art, de se prononcer pour ou contre la méthode de traitement que M. Jobert, chirurgien de Saint-Louis, a surtout contribué à remettre en vigueur dans ces dernières années. ***.

Annuaire d'Économie médicale pour 1845, par le docteur Munaret, membre de plusieurs Académies et Sociétés savantes, auteur du ***Médecin des villes et des campagnes***.—Première année (1).

La presse médicale qui comprend sa mission ne saurait trop encourager M. Munaret dans la poursuite du but qu'il se propose. On l'a dit

(1) Prix : 1 fr. 75 c.; boulevard des Italiens, 9.

souvent, ce qui est un obstacle radical à la réforme des abus dont nous gémissons tous, c'est l'isolement auquel nous sommes réduits. M. le professeur Bouillaud, dans le discours qu'il prononça il y a quelques mois à la Faculté de médecine de Paris, nous laissa espérer que la session de 1845 ne se terminerait pas sans que les Chambres se fussent occupées de la réorganisation de la médecine. Dans ces derniers temps on a dit qu'un projet sérieux de réorganisation médicale était à l'étude au ministère de l'instruction publique. Nous l'avouerons, nous sommes de ceux qui pensent que dans tout ceci il y a un peu de bon vouloir peut-être et beaucoup d'illusions, et admettons la devise de notre spirituel et savant confrère M. Munaret : *Medice, cura te ipsum*. Oui, c'est à nous surtout qu'il appartient de faire disparaître les abus qui se commettent chaque jour sous le manteau de la science et compromettent la dignité de notre belle profession. Il est deux moyens de mettre un terme à un semblable état de choses : le premier c'est de rappeler hardiment les médecins au sentiment de leurs devoirs, et le second de les unir dans la défense de leurs droits. Tel est le but que M. Munaret se propose par la publication de son Annuaire d'économie médicale, et nous serions heureux de l'aider. Déjà, dans son livre du *Médecin des villes et des campagnes*, que nous avons tous lu, l'auteur a touché à plus d'une de ces questions; c'est la même œuvre qu'il poursuit ici en se plaçant à un point de vue plus général. Indépendance, sentiment vif de la dignité de l'art, connaissance approfondie des exigences de la science, morale sévère qui ne se moque pas des intérêts sérieux qu'il s'agit de défendre, telles sont les qualités que demande une pareille entreprise ; telles sont aussi les qualités et les garanties qu'offre M. Munaret.

Un tel livre n'est point susceptible d'analyse, nous avons dû nous borner à en indiquer l'esprit général; cela aura suffi, nous en sommes sûr, pour lui gagner les suffrages de tous ceux d'entre les médecins qui ont encore quelque souci de la dignité de la plus belle des sciences. Ils trouveront, du reste, dans ce petit ouvrage d'un prix si modique, tous les renseignements utiles et curieux qu'ils peuvent désirer, et sur la science en général et sur les individus en particulier : personnel médical, appréciation des publications de l'année, livres et journaux, organisation médicale, etc.; on lira surtout avec intérêt le chapitre *Économie médicale*, où l'auteur montre le danger, pour la science et pour la profession, des livres de médecine populaire ; où il met à nu l'industrialisme médico-chirurgical et pharmaceutique; où enfin, lui, praticien des campagnes, donne des conseils si éclairés et si complets à ses confrères qui exercent à cheval.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur le développement de la pellagre dans quelques points de la France, et notamment dans le département de la Haute-Garonne. — Nous voulons à la fois appeler l'attention des médecins et de l'autorité sur l'existence de la pellagre au centre d'un de nos départements méridionaux les plus riches et les mieux habités, le département de la Haute-Garonne. Ce fait a une haute gravité. Dans les campagnes italiennes, et en Espagne dans les Asturies, la pellagre est endémique, et fait périr misérablement chaque année, dans l'épuisement, le délire et la folie, un grand nombre d'individus occupés aux travaux des champs. Pour donner une idée de l'extension qu'a prise cette maladie, nous dirons que M. le docteur Calderini a eu à traiter à l'hôpital Majeur de Milan, pendant les mois de juillet et d'août 1843, 352 pellagreux des provinces de Milan, de Côme et de Pavie, qui avaient été à cet effet dirigés sur cet établissement; et encore n'admit-on à l'hôpital que les malades assez robustes pour se tenir debout et marcher; l'on refusa les individus affaiblis, affectés d'anasarque, de oux, de diarrhée considérable ou de délire.

C'est une chose avérée, du reste, que la pellagre étend ses limites en Italie, qu'elle a pénétré en Toscane, qu'elle s'avance dans le Frioul et les montagnes de la Carinthie. C'est donc avec la plus grande sollicitude que nous devons surveiller en France les germes pellagreux qui peuvent se développer.

L'altération de la peau dans la pellagre n'est que secondaire; la maladie est générale, elle attaque la constitution tout entière; les liquides et les solides sont altérés. D'après quelques auteurs, M. Calderini entre autres, elle serait contagieuse; mais ce fait est contesté. Son étiologie est fort obscure. Plusieurs médecins d'Italie s'accordent à considérer la pellagre comme se propageant plutôt par voie héréditaire que par l'effet des causes auxquelles on l'attribue : la misère, l'usage du mauvais froment, l'exposition au soleil, etc. Nous aurons tout à l'heure à dire un mot d'une autre cause qui peut avoir quelque valeur, et qui a été encore signalée l'an passé au congrès scientifique de Milan par M. le docteur Balardini, c'est l'alimentation par le maïs.

Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que la pellagre se propage par hérédité dans les mêmes familles. M. Calderini a tenu note du nombre total des individus des familles de 756 pellagreux traités dans un an à l'hôpital de Milan; il a trouvé le chiffre de 4,168 personnes, ce qui

établit 1 cas de pellagre sur 4 individus. La moyenne de chaque famille a été de 10 ou 11 membres, malades ou bien portants. Il a trouvé bien remarquable de voir des familles de 5, 7 ou 9 personnes toutes atteintes de pellagre, tandis que dans des familles composées de 68 individus, il ne s'en est trouvé quelquefois qu'un seul.

Une réflexion qui doit frapper tout le monde, c'est que cette désespérante maladie, le plus souvent mortelle, dont on ne connaît pas la cause, dont le traitement est bien loin d'être établi, a été sporadique dans la Lombardie, dans la Toscane, dans les Asturies, avant d'y être endémique et de s'y développer par voie d'hérédité ou autrement. Il est donc de la plus haute importance de prendre en grande considération les quelques cas isolés et sporadiques de pellagre que l'on peut signaler dans quelques contrées de la France, afin qu'ils ne deviennent pas l'origine du développement de cette affection.

C'est dans l'été de 1842 que le premier cas authentique de pellagre a été observé, à Paris, par un des élèves les plus distingués de cette école, M. le docteur Théophile Roussel, alors interne à l'hôpital Saint-Louis. La publication de cette observation, qui avait pour sujet une jeune femme de vingt-trois ans, appartenant à une famille très-pauvre du département de Seine-et-Marne, fut bientôt suivie de la constatation d'un autre cas de pellagre dans le même hôpital. Le premier existait dans le service de M. Gibert; le second se montra dans celui de M. Devergie, je crois. Ces deux femmes moururent. Il est inutile d'ajouter que la nature de l'affection a été incontestablement établie par M. Roussel, qui déjà avait observé la pellagre au delà des Alpes, et par un médecin de Milan alors à Paris, M. Dubini.

L'exposé des symptômes et de la marche de cette maladie, qui se montrait pour la première fois parmi nous, publié par les journaux de médecine, frappa l'attention des médecins de province. Mais antérieurement M. le docteur Gintrac, de Bordeaux, avait annoncé en 1841 qu'il avait déjà depuis longtemps observé des pellagreux dans la Gironde; qu'il y en avait dans les Landes, dans le pays de Pau, au pied des Pyrénées, et dans la population pauvre répandue de Bordeaux à Bayonne. Ce qui fut, du reste, confirmé deux ans après par M. Léon Marchand, médecin à Bordeaux, qui vint lire à l'Académie de médecine un mémoire étendu sur les pellagreux de La Teste et des Landes. Un autre médecin, en juillet 1844, M. Brugière de Lamothe, a publié une observation de pellagre qu'il a observée au centre de la France, à Montluçon (Allier).

Mais les documents les plus précieux que nous avons à produire sur la pellagre de la France, sont ceux que nous tenons d'un confrère dis-

tingué, au jugement et aux talents duquel nous nous plaisons à rendre hommage. M. Calès, médecin à Villefranche (Haute-Garonne), nous a attesté que, depuis neuf ou dix ans, il a certainement observé dans divers points de l'arrondissement au moins vingt-cinq cas de pellagre bien caractérisée. Ce médecin avait par conséquent été fort étonné de voir présenter les deux cas de l'hôpital Saint-Louis comme une rareté. Pour nous prouver l'exactitude de son diagnostic, M. Calès a bien voulu nous montrer deux cas de pellagre très-avancée qu'il avait alors sous sa direction. Nous avons ainsi constaté par nous-même les caractères de l'affection chez ces deux malades. La première était la femme du carillonneur de Villefranche ; elle avait une cinquantaine d'années, et était atteinte de l'affection depuis longtemps. Le dessus des mains était brunâtre, rugueux, fendillé ; le front présentait une teinte brunâtre et quelques écailles épidermiques blanchâtres ; quant à l'état général, nous le résumons par ces quatre mots : faiblesse, hébétude, tristesse, délire vague. — Cette femme s'est suicidée deux mois après en se jetant dans un puits.

Le second pellagreux auprès duquel M. Calès nous a conduit était à Renneville, à un quart de lieue de Villefranche, dans une ferme de M. Guiraud. C'était une femme âgée de trente-six ans, nommée Marie Roux. Voici ce que je trouve sur mes notes : malade depuis cinq ans ; aggravation progressive ; aujourd'hui dernier degré de la maladie. Plaques pellagreuses caractéristiques sur les mains, le sternum et le nez ; faiblesse extrême des membres inférieurs, dégoût pour les aliments, pouls petit, faible, à 80 pulsations, peau rude et sèche, suppression des règles depuis plusieurs mois, œil hébété, intelligence perdue, parole lente, presque inintelligible, alternatives de dévoiement ; dégradation physique et morale complète depuis un an. Depuis cette époque, elle ne peut plus faire aucun travail ; elle se traîne de place en place. (Cette malade doit être morte en ce moment.)

A la connaissance de M. Calès il y avait encore alors dans le pays deux autres pellagreux, que je n'ai pu voir ; l'un d'eux était dans la commune de Mourvilles et était soigné par M. Roudière, officier de santé.

Une circonstance bien remarquable, que M. Calès signale, c'est que le quart au moins des pellagreux qu'il a observés dans le Lauraguais se sont suicidés. Parmi ces cas, sa mémoire ne lui rappelle que les suivants : Un garçon forgeron, de Cessales, pellagreux, se tua d'un coup de fusil à la tête ; un métayer de la Bastide, pellagreux, se noya dans un puits ; un autre paysan de Gardouch se noya dans le canal du Midi ; un autre paysan pellagreux se tua en se jetant du haut d'un escalier ; enfin, l'on a vu la femme du carillonneur de Villefranche qui s'est également noyée.

La publication de ces documents, tout insuffisants, tout incomplets qu'ils sont, aura l'avantage d'assurer à M. Calès la priorité d'observation qui lui appartient dans le midi de la France. L'on s'occupe en ce moment avec zèle de l'étude de la pellagre, et tous les faits qui tendent à éclairer quelques points de son histoire ne peuvent qu'intéresser. M. Th. Roussel est sur le point de publier sur la matière un ouvrage dont les talents de l'auteur garantissent l'importance et l'utilité. De leur côté, les médecins italiens s'occupent du même sujet. M. le docteur Calderini a publié l'an passé un très-bon mémoire sur la pellagre et son traitement à l'hôpital de Milan, et M. Balardini publie en ce moment un travail non moins intéressant sur la cause à laquelle il attribue cette maladie. (Voyez *Annal. univers. di medicina di Milano*, avril 1844 et avril 1845.)

Nous ne pouvons terminer cette note sans dire un mot de l'opinion de ce dernier médecin. Suivant M. Balardini, l'origine de la pellagre n'est pas très-ancienne; il n'en est pas fait mention avant la moitié du siècle passé. Sa manifestation se rattache à l'introduction du blé de Turquie, ou pour mieux dire l'a suivie de près. Quel que soit l'endroit où elle ait paru d'abord, on la voit se répandre de la plaine aux montagnes, des monts aux vallées, et suivre pas à pas la propagation de cette céréale. La pellagre devient de plus en plus pernicieuse dans la grande vallée du Pô, où le maïs est presque la nourriture exclusive du paysan. Cette maladie n'atteint pas les personnes aisées ni les habitants des villes, ni ceux enfin qui font usage d'autres aliments ; de plus, si elle n'est pas invétérée ou arrivée à un certain degré d'intensité, elle cède avec la cessation de cette pernicieuse nourriture. L'auteur cite à l'appui de sa thèse le traitement usité dans tous les grands hôpitaux d'Italie, qui consiste seulement à substituer à l'alimentation par le maïs une nourriture animale aidée de bains généraux.

Il appartient aux recherches et observations ultérieures de déterminer la justesse de l'aperçu de M. Balardini. Le maïs n'est certainement pas, selon nous, la cause unique, absolue de la pellagre, car dans ce cas, cette affection serait plus répandue, plus générale, dans plusieurs contrées de la partie méridionale et occidentale de la France, où, depuis si longtemps, on fait un si grand usage du maïs. D'un autre côté, dans la haute Lombardie, où l'on ne consomme que cette céréale, la pellagre est beaucoup moins fréquente que dans la Lombardie du centre, où l'on y joint du blé et du seigle. Des familles entières, venant des montagnes de Gênes et des environs de Trente, qui s'établissent en Lombardie, en sont tout à fait exemptes, quoiqu'elles n'aient eu pendant de longues années d'autre nourriture que le blé de Turquie.

Les cas de pellagre que nous avons signalés dans le Lauragais pourraient être invoqués à l'appui de l'opinion de M. Balardini; mais en ce point seulement, selon nous, que la nourriture exclusive par le maïs paraît jouer un rôle dans la production de la maladie, puisque partout où la pellagre existe, on trouve le maïs. En effet, les paysans de ces riches campagnes sont les plus misérables de la France : ils sont sans chaussures, mal vêtus; le maïs forme toute l'année leur principale, leur presque unique nourriture. Ils le consomment en pain souvent mal cuit et qui se moisit à l'intérieur, et en une sorte de bouillie épaisse qu'on nomme *millas*, qui se mange le plus souvent froide. Le plus grand nombre des familles passent souvent des semaines entières sans manger de viande et sans boire de vin. Les pommes de terre, les choux, les navets, les oignons cuits avec un peu de graisse et de sel et, de loin en loin, avec un morceau de porc salé, tel est leur régime. Avec tout cela la population y est vigoureuse et généralement belle.

Le maïs peut n'être pas étranger à la production de la pellagre, mais il nous semble qu'il n'en est pas même la cause principale, car dans le pays dont nous venons de parler, le blé de Turquie est depuis un temps immémorial l'alimentation presque exclusive des paysans très-pauvres; et s'il en était ainsi, la maladie se serait déjà développée parmi eux et les décimerait. Notons seulement, pour à présent, ce fait important que le travail de M. Balardini a mis en lumière, c'est que, partout où la pellagre règne, la culture et l'usage du maïs sont très-répandus.

Miquel.

Erysipèle épidémique qui règne dans les hôpitaux. — L'épidémie d'érysipèles, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, a pris plus d'extension, et s'est montrée depuis cette époque dans la plupart des services des divers hôpitaux de Paris. Ce n'est pas seulement dans les salles de chirurgie qu'ils se sont montrés pour compliquer les plaies, mais dans le plus grand nombre des services de médecine : on en a eu à Beaujon comme à la Charité, à l'hôpital Saint-Louis comme à l'Hôtel-Dieu, ce qui montre évidemment l'influence générale constitutionnelle. Comme nous l'avons dit, les érysipèles régnants sont liés à un état bilieux, et généralement ils ont été traités, même dans les salles de chirurgie, et l'on s'en est bien trouvé, par les émétiques et par les éméto-cathartiques. C'est la marche qu'ont suivie M. Lisfranc à la Pitié, et M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis. Dans ce dernier service, la plupart des individus atteints d'érysipèle ont eu spontanément des vomissements bilieux et des selles bilieuses et muqueuses avec fièvre. Il y a plus, auprès de ces malades d'autres individus ont eu, sous l'in-

fluence épidémique, des symptômes de fièvre bilieuse sans avoir d'érysipèle. En présence de cette manifestation bilieuse générale, nous ne pouvons nous expliquer comment il se fait que ce caractère de l'affection régnante ait manqué ou n'ait point été pris en considération dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, où pourtant le nombre des sujets atteints d'érysipèle traumatique a été assez considérable. Ce professeur a, au contraire, insisté beaucoup sur les avantages de la méthode antiphlogistique qu'il a employée, et il attribue à cette pratique la différence de gravité de l'affection chez les sujets de ses salles, comparativement avec les autres services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu. Nous voulons croire qu'il a jugulé, comme il le dit, les érysipèles, par l'application réitérée de sangsues en grand nombre sur les points d'origine ou de départ de l'érysipèle, autour des ganglions qui sont l'aboutissant des vaisseaux lymphatiques enflammés dont l'engorgement précède l'érysipèle. Nous pensons même que dans certains cas d'érysipèles traumatiques il peut être avantageux, indispensable même, de faire précéder ou suivre l'emploi des vomitifs ou des purgatifs, de saignées générales ou locales. Mais ce que nous ne pouvons admettre, c'est qu'un chirurgien ne remplisse pas des indications médicales évidentes, comme notamment cela a eu lieu chez un jeune homme qui, au second jour d'une extirpation de loupe, présenta les signes les plus patents d'une turgescence bilieuse, joints aux prodromes de l'érysipèle, bouche mauvaise, langue sale, couleur jaunâtre autour de la bouche, céphalalgie sus-orbitaire, nausées, vomiturition de matières verdâtres, et enfin fièvre. Ce malade a été traité uniquement par trois larges applications de sangsues sous les mâchoires.

De l'emploi de l'alun et de la cautérisation avec le nitrate d'argent dans l'angine tonsillaire. — S'il y a des angines avec fièvre bilieuse ou embarras gastrique qu'il faut traiter en conséquence par les vomitifs, ce qui est très-fréquent, personne n'a jamais nié et n'a pu nier qu'il existe des angines tonsillaires simples, dégagées de toute complication générale. L'inflammation locale joue ici le principal rôle, et si on peut l'éteindre sur place, on évite non-seulement la douleur et le gonflement, mais encore la suppuration, et par conséquent la réaction générale qui suit ces accidents. L'angine tonsillaire présente trois variétés ou degrés: elle est ***celluleuse***, c'est-à-dire que le tissu cellulaire qui entoure la glande est entrepris ; ***parenchymateuse***, lorsque le tissu même de la glande s'enflamme : dans ces deux cas il y a le plus souvent suppuration ; enfin, elle est ***muqueuse***, lorsque l'inflammation se borne à la membrane muqueuse. Dans cette dernière espèce, l'angine peut être purement inflammatoire

ou être couenneuse. C'est dans l'angine tonsillaire muqueuse principalement que le traitement topique est employé avec avantage. Ce traitement, conseillé par M. Bretonneau, consiste dans l'application de la poudre d'alun sur la partie malade. Le chirurgien trempe son doigt mouillé dans cette poudre et la porte au fond de la gorge sur tous les points enflammés ou recouverts de pseudo-membrane, qu'il badigeonne ainsi plusieurs fois par jour. Au nº 22 de la salle des hommes de M. Velpeau, à la Charité, nous avons vu un homme affecté d'angine tonsillaire couenneuse qui a été traité uniquement par cette méthode et qui a été guéri en deux jours. L'action styptique du sulfate d'alumine modifie vivement l'inflammation dans ces cas, en arrête le développement, c'est incontestable. La même vertu est reconnue, mais à un degré bien supérieur, à la cautérisation des amygdales avec le nitrate d'argent fondu. Plusieurs chirurgiens attestent avoir guéri en peu d'heures des angines que tout annonçait devoir être intenses. Nous n'avons personnellement à produire qu'un fait de ce genre, mais il est saillant. Il y a trois ans de cela, un de nos amis, chirurgien distingué, et très-connu, fut pris dans la matinée de frissons, de malaise fébrile, de céphalalgie, d'ardeur à la gorge ; il fut obligé de se recoucher et il passa toute la journée à la diète avec de la fièvre. Le soir, une angine tonsillaire aiguë s'était déclarée ; la déglutition était pénible, la céphalalgie plus forte, il y avait de plus des élancements fort douloureux dans les oreilles ; tout faisait présager une fort mauvaise nuit. Au lieu de suivre le traitement que je lui indiquais il exigea, à huit heures du soir, que je cautérisasse ses deux amygdales avec la pierre infernale. Il avait le lendemain matin à faire, dans le service d'hôpital dont il est le chef, une opération urgente et il voulait essayer si le nitrate d'argent ne ferait pas avorter son angine, résultat qu'il avait obtenu par ce moyen chez plusieurs malades. J'agis, quoique à contre-cœur, suivant sa volonté. Les amygdales étaient rouges, tendues, rondes comme deux petites cerises. Je les touchai toutes deux sur plusieurs points avec le crayon de nitrate d'argent. La douleur fut très-peu forte. Le lendemain, j'arrive de bonne heure, impatient de savoir l'effet de cette médication. Mon confrère était déjà parti avant sept heures pour son hôpital, après avoir passé une excellente nuit. Les douleurs d'oreilles avaient disparu, la fièvre était tombée ; il avait bien dormi ; les amygdales étaient encore un peu volumineuses, un peu rouges, mais il n'en souffrait plus ; la déglutition était libre. Il reprit son régime et sa vie active sans qu'il y eût recrudescence de son amygdalite : une seule cautérisation l'avait guéri.

Grossesse extra-utérine. — Fœtus de six mois mort porté pen-

dant deux ans. — Nous avons observé à la Charité, au nº 11 de la salle des femmes de M. le professeur Velpeau, un cas exceptionnel de grossesse extra-utérine. Une brodeuse, âgée de vingt-quatre ans, avait eu, il y a deux ans, tous les signes de la grossesse : cessation des règles, nausées, vomissements, augmentation du volume du ventre. Il survint au sixième mois quelques douleurs dans le côté gauche de l'hypogastre qui nécessitèrent une saignée. Bientôt après une métrorrahgie avec issue de caillots se déclara ; elle céda au traitement employé et, à partir de cet instant, les règles revinrent avec régularité, mais avec moins d'abondance ; mais le volume du ventre ne diminua pas, et depuis lors elle n'a cessé d'y éprouver des douleurs qui, par intervalle, devenaient plus vives. A son entrée à la Charité, le 18 février dernier, on constata une tumeur volumineuse, douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, occupant toute l'excavation pelvienne, une grande partie de la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche. Explorée par le vagin, la tumeur offre une forme assez régulièrement globuleuse, sa dureté est considérable, elle ne paraît pas avoir d'adhérences avec le bassin. Le col de l'utérus, placé à gauche, semble fixé à cette tumeur. Si l'on place l'indicateur de l'une des mains sur la tumeur du côté du vagin, et que de l'autre main on imprime un mouvement ou choc, ce mouvement est perçu par le doigt introduit dans les organes génitaux ; il semble qu'on obtienne une sensation de fluctuation, mais très-obscure et très-douteuse. Le vagin est parfaitement sain ; nul des viscères abdominaux n'est malade, ils remplissent tous parfaitement leurs fonctions ; il y a seulement des flueurs blanches abondantes, et la malade se plaint de douleurs lancinantes dans la région gauche de l'hypogastre et dans la fosse iliaque du même côté. D'après tout cela M. Velpeau diagnostiqua une grossesse extra-utérine datant de deux ans ; il pensa aussi à la possibilité d'un foyer purulent situé dans le cul-de-sac formé par le péritoine entre la face extérieure de l'utérus et la face antérieure du rectum. — Quelle conduite fallait-il tenir dans ce cas ? Le parti le plus sage était d'attendre, car s'il était démontré que tout se bornait à la grossesse extra-utérine, il était évident qu'il n'y avait rien à tenter contre elle, et qu'il valait mieux livrer cette malade à elle-même. Elle vivait depuis deux ans ainsi, ses douleurs n'étaient point intolérables et, en définitive, elle pouvait bien vivre encore plusieurs années sans plus d'accidents. Le chirurgien n'a pas agi ainsi. Le 3 mars, il a pratiqué une ponction exploratrice par le vagin avec un trocart courbe de volume ordinaire. Une petite quantité d'un liquide purulent roussâtre, offrant des paillettes brillantes comme celles de la cholestérine, s'écoule par la canule. Le lendemain il se déclare une péritonite formidable que rien ne peut arrêter, ni

les sangsues, ni les frictions mercurielles, et la malade expire le 7 mars au soir, quatrième jour après la ponction. A l'autopsie on a trouvé les signes d'une péritonite intense. Le trocart avait directement pénétré dans un kyste qui contenait, baigné dans un liquide purulent, un fœtus de six mois environ, développé dans le pavillon de la trompe gauche. Le cordon ombilical, très-grêle, était inséré directement sur un des points du kyste.

Pneumonies bilieuses au Val-de-Grâce.—O vanité des systèmes ! La cendre de Broussais est à peine refroidie, que déjà dans ces mêmes salles du Val-de-Grâce où l'auteur de *l'Examen des doctrines* déchirait à belles dents tous ces grands noms dont la médecine s'honore, l'on entend retentir de nouveau, avec le tribut de gloire qui leur est dû, les noms de Stoll, de Sydenham, de Baillou, de Sarcone ! Les fièvres bilieuses, les pneumonies bilieuses y sont ressuscitées, et l'émétique y est remis en honneur. C'est à M. Alquié, successeur presque direct de Broussais comme professeur au Val-de-Grâce, qu'est due la restauration des dogmes de la médecine vraie, de la médecine éternelle, de la saine médecine d'observation. Pour qu'on ne se méprenne point sur ses principes, il a soin de les développer au lit des malades, car il y a en ce moment au Val-de-Grâce dans les salles un assez grand nombre de pneumonies très-étendues dont plusieurs présentent le caractère bilieux. Les idées de Stoll, dit ce professeur, sont souvent mal interprétées par les modernes ; la pneumonie bilieuse, pour eux, est celle du côté droit ; ils l'attribuent à la participation du foie, à la phlogose pulmonaire par contiguité. Ce n'est pas ainsi que Stoll l'entendait : il admettait, ce qui dans certains cas est positif, une diathèse bilieuse. Du reste, ajoute M. Alquié, lorsqu'on se reporte aux observateurs de cette grande école, dont Sydenham nous offre le modèle, que de vues pratiques, que de symptômes exactement recueillis, admirablement expliqués, ne révèle-t-on pas dans leurs écrits, et combien s'atténuent les découvertes du temps présent !... Nous avons besoin de le répéter, c'est dans les salles de Broussais, et de la bouche de son successeur, que nous entendons aujourd'hui ces choses !

Hydrocèle guérie par la suture enchevillée. — M. Ricord a communiqué, l'année dernière, à la Société de chirurgie (voir le compte-rendu de la Gazette des hôpitaux des 1er et 5 octobre 1844), un nouveau procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle, procédé qui consiste dans l'application de la suture enchevillée sur la tunique vaginale préalablement vidée du liquide qu'elle contient.

Tout en reconnaissant les avantages que présente la méthode par in-

jection généralement adoptée aujourd'hui, M. Ricord a fait remarquer qu'elle n'est pas toujours sans inconvénients; en outre, qu'elle exige un appareil assez compliqué d'instruments spéciaux et la présence d'aides intelligents. Aussi a-t-il pensé avec raison qu'on pouvait chercher à la remplacer par une méthode tout aussi sûre quant aux résultats qu'elle donne et beaucoup plus simple dans son application. Le procédé par suture enchevillée n'exige le secours d'aucun aide, et le chirurgien n'a besoin d'avoir à sa disposition d'autres instruments qu'une lancette et une longue aiguille (on peut se servir, au besoin, de celle qu'emploient les femmes pour raccommoder les bas). Le manuel opératoire se trouvera décrit dans l'observation que nous allons rapporter.

Cette opération est facile à exécuter ; elle met à l'abri d'une blessure du testicule, ou, si elle en détermine une, celle-ci est incontestablement moins grave que celle qu'on pratique avec un trocart. Elle n'expose pas à une injection dans le tissu cellulaire des bourses; la guérison est tout aussi rapide que par une autre méthode.

Neuf malades, en comptant celui qui fait le sujet de l'observation suivante, ont déjà été opérés avec succès par ce procédé. Chez trois de ces malades il y a eu un petit abcès correspondant à un point de suture ; il n'y a pas eu jusqu'ici d'autre complication, en admettant qu'on doive donner ce nom à l'accident que nous venons de signaler. Du reste, M. Ricord est loin de regarder ce nombre de faits comme suffisant pour juger l'opération qu'il propose ; c'est au temps et à l'expérience qu'il appartient de signaler la place que ce procédé doit prendre dans la pratique, soit comme méthode générale, soit comme méthode exceptionnelle.

—Le nommé Joseph Gunot, âgé de soixante ans, serrurier, a été affecté, il y a quatre ans et demi, d'une épididymite blennorrhagique, dont il a négligé le traitement, malgré laquelle il a continué de se livrer à son travail. Il n'a eu recours à d'autres moyens thérapeutiques qu'à l'usage d'un suspensoir et à l'application d'emplâtres résolutifs sur le scrotum. Néanmoins, les douleurs vives qui accompagnaient l'affection au début se sont calmées peu à peu, et le malade n'a plus souffert que de temps en temps. La cessation complète des douleurs a été très-longtemps à s'accomplir. Mais, en même temps que les douleurs devenaient moins intenses et tendaient à disparaître, le volume du scrotum augmentait peu à peu. Il a mis un an à acquérir la grosseur qu'il présente aujourd'hui (à peu près celle du poing), et, depuis lors, il est resté stationnaire. Depuis trois ans, le malade a gardé son hydrocèle, malgré la gêne déterminée par le volume de la tumeur et les douleurs qui se faisaient sentir, de temps en temps, dans le scrotum, douleurs qu'il éprouvait plus particulièrement, dit-il, quand le temps voulait changer.

Le 15 avril 1845, Gunot est entré à l'hôpital du Midi, salle 3e, no 10. On a constaté une hydrocèle du côté droit présentant le volume déjà indiqué. La tumeur avait une apparence trilobée ; à la partie supérieure, poche du volume d'une noix contenant du liquide et placée sur le trajet du cordon ; à la partie moyenne, poche beaucoup plus volumineuse que la précédente et qui n'était autre que la tunique vaginale remplie de sérosité, enfin, à la partie inférieure se trouvait le testicule qui avait été refoulé en conservant sa direction normale et qui terminait la tumeur en pointe.

L'opération a été pratiquée le vendredi 18 avril, de la manière suivante : la position du testicule étant bien connue, M. Ricord a saisi la tumeur avec la main gauche et il l'a pressée de manière à faire saillir le liquide en avant, pendant qu'il retenait en même temps le testicule en arrière et en bas. Alors, avec une longue aiguille armée d'un fil double, il a traversé l'hydrocèle d'un côté à l'autre deux fois, en plaçant les points de suture à un pouce environ d'intervalle l'un de l'autre. Cela fait, il a évacué la sérosité à l'aide d'une ponction avec la lancette. La petite tumeur placée sur le trajet du cordon et qui paraissait être une hydrocèle enkystée, communiquait néanmoins avec la tunique vaginale et a été vidée par la même ponction. Un bout de sonde en gomme élastique a été placé dans les anses des fils à suture correspondant au côté interne de la tumeur, et les chefs de ces mêmes fils, correspondant au côté externe, ont été liés sur un autre bout de sonde ; tout en faisant cette ligature on a exercé une compression médiocre, de manière à mettre les parois de la tunique vaginale en contact avec elle-même. Vingt-quatre heures après, les points de suture ont été enlevés. Ce temps leur a suffi pour déterminer l'engorgement inflammatoire qui est nécessaire pour le résultat qu'on veut obtenir, et qu'on a combattu seulement par des fomentations émollientes. Au bout de dix jours cet engorgement était complétement résolu. Le malade est sorti guéri le 6 mai.

Un mot sur les nouvelles méthodes de traitement de la colique de plomb. — L'huile de croton tiglium — Le sulfate d'alumine. — Nous ne saurions blâmer la tendance que l'on a aujourd'hui à rendre les traitements plus simples et en même temps plus rationnels. Mais il est des méthodes qui, quoique empiriques et contre lesquelles le raisonnement peut s'insurger, n'en doivent pas moins, selon nous, être conservées dans toute leur intégrité dans la pratique, parce que ces méthodes sont sanctionnées par des milliers de guérisons, par des centaines d'années d'expériences. De ce nombre est le traitement dit *de la Charité* pour la colique de plomb. Certainement ce traitement est désa-

gréable pour les malades, compliqué dans sa composition; mais ne guérit-il pas promptement et toujours, et surtout *sûrement?* Par ce dernier mot nous voulons dire que la maladie n'est pas seulement blanchie, mais guérie ; que les malades ne rentrent pas à l'hôpital avec les mêmes symptômes au bout de quinze jours, trois semaines, même quand ils ne se sont pas exposés de nouveau aux émanations saturnines ; ce que nous avons vu bien souvent lorsqu'on les traitait par les sangsues ou d'autres moyens qui n'atteignaient pas la cause véritable. Les médecins, qui depuis quelques années ont voulu simplifier le traitement de la Charité, reconnaissent et proclament eux-mêmes son efficacité incontestable. Nous ne nous élevons pas, qu'on le remarque bien, contre le traitement par l'huile de croton, qui est aujourd'hui à la mode et qui fait disparaître la colique ; pas plus contre le traitement par l'alun qu'emploie M. Fouquier ; mais nous disons, et tous les médecins nous comprendront, qu'il n'est pas utile, qu'il n'est pas sage de proscrire le traitement dit de la Charité, comme le font quelques-uns, de le rayer des formulaires et de la pratique. La colique de plomb est simple et légère, ou elle est violente et terrible ; l'individu en est à sa première atteinte, ou il en a eu plusieurs. Ces circonstances doivent, si nous ne nous trompons pas, être prises en considération. Si la colique est légère, si le sujet a cette maladie pour la première fois, l'huile de croton peut, dans ces cas, être employée pour la combattre, sans crainte des accidents saturnins ultérieurs qui peuvent se développer. Mais si l'affection est intense, si le malade a eu déjà plusieurs fois la colique, on pourra, par l'huile de croton tiglium, pallier les symptômes, enlever la douleur ; mais ce traitement sera-t-il assez énergique, assez profond pour atteindre et détruire complétement les effets sur l'organisme de cette intoxication saturnine? Les accidents graves qui suivent les coliques de plomb chez les ouvriers qui sont exposés longtemps aux émanations saturnines, ne se bornent pas à l'intestin ; la paralysie des poignets, les paraplégies, des accidents cérébraux spéciaux, l'épilepsie en sont la conséquence. Ces effets sur la pulpe nerveuse, sur les nerfs, commandent à l'avance, pour les éviter, la plus grande attention, une extrême prudence. Pour nous, nous ne pouvons être convaincu qu'une goutte d'huile de croton tiglium administrée dans une cuillerée de tisane, laquelle, par sa propriété irritante, détermine parfois, et non toujours, un ou deux vomissements blanchâtres et trois ou quatre heures après des garderobes liquides, que ce remède, aidé ou non de l'huile de ricin, de l'eau de Sedlitz et de lavements laxatifs ordinaires, puisse constituer une médication égale à celle du traitement de la Charité, lequel se compose de vomitifs énergiques, de purgatifs drastiques, d'opiacés et de sudorifiques. Dès les

deux premiers jours, l'eau de casse avec les grains et l'*eau bénite* déterminent le plus ordinairement des vomissements abondants de bile verte porracée, vomissements qui sont dans le but du traitement, et presque en même temps des garderobes abondantes qui soulagent presque aussitôt les malades. Il y a loin de cet effet à celui de l'huile de croton par l'administratien de laquelle on n'a pour but que de déterminer des garderobes. On ne peut attendre de ce moyen, il me le semble au moins, le même résultat profond et durable que celui qui résulte de la vive secousse imprimée à tous les organes qui sont le siége de la colique par le traitement de la Charité. Il faut bien que ce traitement ait une incontestable valeur et que, comme nous le demandons, on doive le conserver et l'employer dans les cas qui le réclament, puisque M. Tanquerel-Desplanches, qui préconise avant tout le traitement par l'huile de croton, dit : « Pour nous le traitement de la Charité est une médication des plus *efficaces* contre la colique saturnine. Cette appréciation, faite avec une rigoureuse exactitude et une grande impartialité, assure encore à ce traitement une valeur qui, j'en suis persuadé, en fera toujours et à jamais une des bonnes méthodes thérapeutiques que la science possède. »

Intégrité de la parole, de l'intelligence et de tous les sens chez un individu qui a vécu pendant dix jours avec une balle en plein cerveau. — Tout le monde connaît la bizarrerie des effets produits par les armes à feu ; mais assurément il n'en est pas de plus singulier et de plus inexplicable que celui de ce malade hémiplégique qui, fatigué de la vie, à cause de son infirmité, se tira deux coups de pistolet dans la bouche et qui, apporté à la Charité dans les salles de M. Velpeau, non-seulement ne mourut pas, mais encore fut, en moins de quinze jours, en pleine convalescence; et, chose miraculeuse ! c'est que par ce coup de pistolet il fut guéri de son hémiplégie ! On peut lire cette histoire, tome XV, p. 68.

Ce n'est pas un cas de guérison, mais un cas de mort que M. Trélat nous donne l'occasion de rapporter aujourd'hui; mais ce cas est remarquable, car une balle a pu séjourner dix jours dans le centre du cerveau, et l'individu a vécu pendant ces dix jours avec la parole libre et l'intégrité de son intelligence. M. P..., négociant, âgé de quarante-quatre ans, était le dernier fils d'une malheureuse famille dont tous les membres, le père, un frère et deux sœurs s'étaient déjà suicidés, quoique heureux et dans l'aisance ; ce qui établit une fois de plus cette grande loi de l'hérédité. Ce négociant, le 8 mars 1845, pour mettre fin à ses jours, appliqua sur l'une et l'autre tempe deux pistolets de poche et lâcha à

la fois les détentes. L'une des balles rase le front et se perd en l'air ; l'autre fait un trou à la région temporale droite sans déterminer aucune fracture et pénètre dans le cerveau ; il tombe, mais il paraît qu'il ne perd pas connaissance, car il avait saisi fidèlement les conventions faites avec le conducteur de la voiture sur laquelle on le rapporta chez lui ; au point qu'il s'écria en sortant du demi-assoupissement où il était : « Payez 8 francs 50, prix convenu. » Il reconnaissait tout le monde, soit des yeux, soit de l'oreille, et sa parole était nette et libre. Tout le monde espérait que la blessure ne serait pas mortelle ; mais M. Trélat appelé, reconnaît que le bras gauche était dépourvu de sensibilité et de mouvement, que la jambe gauche était privée de sensibilité mais conservait encore un peu de mouvement. Cet état ne démontrait que trop clairement la profondeur de la lésion cérébrale à droite et n'en faisait que trop sûrement présumer l'incurabilité. En effet, le 17 mars, à cinq heures de l'après-midi, ce malade succomba le dixième jour écoulé depuis sa blessure. Jusqu'au huitième jour inclusivement il a parfaitement compris ce qu'on lui disait, il a toujours répondu aux questions ; il a vu, entendu, goûté, perçu les odeurs. C'est avec un sentiment de douloureux étonnement qu'on a vu la vie et l'intelligence se continuer avec tant de plénitude chez un homme qui avait une balle et une portion d'os en plein cerveau et qui devait nécessairement mourir. A l'ouverture du cadavre on a constaté le cas suivant. La balle a agi comme un emporte-pièce et n'a nullement étendu son action sur l'os au delà de son diamètre ; elle s'est frayé une voie dans la scissure de Silvius, passant entre l'artère méningée et toutes ses branches sans en intéresser aucune ; elle a ensuite pénétré dans le ventricule du même côté, l'a traversé diagonalement et est allée épuiser sa force contre la faux, puis soulever les méninges qui la laissent tomber dès qu'elles sont ouvertes. Ce corps étranger, passant dans la scissure, longeant le ventricule, a produit aussi peu de désordre qu'il était possible et n'a fait qu'érailler très-superficiellement sur son passage la substance du cerveau. Ainsi s'expliquent la longue existence de M. P... et le peu d'intensité des phénomènes indiqués. Le cerveau était ferme et sain, non piqueté, les méninges seules étaient enflammées.

Puisqu'il est question de blessures par armes à feu, et des effets singuliers qu'elles peuvent produire, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot d'un malade couché à la Charité, dans le service de M. Velpeau. Cet homme, âgé de vingt-sept ans, aujourd'hui peintre, est un ex-soldat de l'armée d'Afrique. Dans une escarmouche il reçut, au niveau du bord supérieur droit du maxillaire inférieur, un coup de feu qui lui brisa trois dents et intéressa la langue. Plusieurs fragments de dents furent retirés du milieu du tissu de cet organe. Depuis cette

époque il porte au côté droit de la langue un trou ulcéré sanieux entouré de tissu lardacé. En saisissant la langue entre deux doigts, on sent un corps étranger très-résistant qui n'est point arrondi comme une balle. On a fait inutilement depuis plusieurs mois de nombreux essais d'extraction. —Le malade croit que c'est une dent qui est dans sa langue.—M. Velpeau a agrandi l'ouverture à l'aide du bistouri dans plusieurs points différents; quand le corps étranger a été senti à nu, il l'a saisi avec de fortes pinces, et après l'avoir ébranlé en divers sens, il est parvenu, au moyen de quelques fortes tractions, à l'amener à l'extérieur. C'était une balle de calibre ayant presque perdu sa forme, et comme sculptée sur toutes ses faces.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AFFECTIONS CONVULSIVES *apyrétiques, chorée, hystérie, épilepsie* (*Des incisions du cuir chevelu à l'occiput dans le traitement des*). Un médecin d'Édimbourg, M. le docteur Blackmore, recommande dans les affections spasmodiques apyrétiques, où les saignées locales sont seules de mise, dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, un moyen violent, mais que divers praticiens s'accordent à louer : ce moyen, ce sont les incisions profondes avec le bistouri du cuir chevelu à l'occiput. Ce médecin déclare qu'il ne saurait trop insister sur les avantages de ces incisions qu'il pratique largement, de manière à provoquer un écoulement copieux de sang. D'après sa longue expérience, elles produisent un effet bien autre que l'emploi banal des sangsues dans diverses affections encéphaliques, telles que l'hémiplégie, la manie, les douleurs de tête fixes. L'auteur a vu des céphalalgies horribles céder instantanément à une seule incision du cuir chevelu. Le scalpel, dans ces cas, n'a rien d'effrayant pour les malades, car son action est immédiatement suivie d'un bien-être inexprimable. C'est du célèbre professeur Abercrombie, mort dernièrement, que M. Blackmore a appris ce que valent les incisions du cuir chevelu comme moyen déplétif et révulsif. Il pose en principe général que toutes les fois que la percussion pratiquée sur la tête cause de la douleur, il y a indication de pratiquer une scarification profonde au cuir chevelu. Nous livrons cette indication et ces faits au jugement des praticiens. (*The Lond. med. Gaz.*, et *Jour. des conn. méd. chir.*, mai, 1845.)

AMAS DE CHARBON *dans les poumons qui se produisent pendant la vie*; — *Effets avantageux sur les tubercules*. Nous n'avons examiné que le fait matériel et très-curieux du mémoire de M. Guillot, t. 28, p. 219; il nous reste à dire un mot de la question scientifique qui est non moins importante. C'est surtout à la phthisie pulmonaire que se lient les recherches de notre confrère. La matière noire charbonneuse des poumons ne doit point être confondue avec la mélanose; elle n'est ni une maladie ni un produit de maladie, mais une circonstance de maladie; elle n'est pas plus un produit pathologique que la canitie des cheveux. Déposée insensiblement et normalement dans les poumons sains avec les progrès de l'âge, elle est un signe de sénilité organique, et par conséquent, un effet plutôt qu'une cause. Mais cet effet devient cause à son tour, c'est lorsque la matière charbonneuse finit par obstruer les extrémités des conduits vasculaires et aériens des poumons. Une des particularités les plus remarquables de ces dépôts, c'est la préférence qu'ils affectent pour le sommet des poumons. Or, l'on sait que c'est aussi au sommet de ces organes que se développent le plus ordinairement les tubercules. D'après les curieuses recherches

de M. Guillot, il se forme consécutivement au développement des tubercules, et autour de ce produit, probablement par un travail inflammant, des vaisseaux accidentels de nouvelle formation. Or, en se développant, la matière noire oblitère les vaisseaux accidentels comme nous avons dit qu'elle oblitérait les vaisseaux normaux des poumons sains. Le tubercule, privé alors des matériaux de la vie et de son évolution, s'atrophie, se durcit, prend la forme crétacée ou calcaire. Si des cavernes existent, elles ne se creusent pas davantage, tendent au contraire à revenir sur elles-mêmes et ne fournissent plus qu'une simple mucosité. Il résulte de cette oblitération l'arrêt d'évolution des tubercules, ainsi que la suspension de tous les désordres généraux que ce travail morbide entraîne. Tel est, suivant M. Guillot, un des modes les plus sûrs et les plus fréquents de la guérison de la phthisie chez les vieillards. On ne saurait refuser à ces faits l'attention qu'ils méritent et l'intérêt qu'ils empruntent à cette grave question de médecine, la pathogénie des tubercules pulmonaires. (*Journal de méd.*, mai 1845.)

APOPLEXIE NERVEUSE (*Existe-t-il une?*) M. le professeur Gintrac, de Bordeaux, se pose cette question que, d'après des faits peu nombreux, mais positifs, empruntés aux auteurs les plus recommandables, d'après surtout un fait qui lui est propre, il croit pouvoir résoudre affirmativement. En voici l'exposé succinct et qui sera lu avec intérêt.

Un architecte, ingénieur-voyer, âgé de quarante-six ans, petit, robuste, très-actif, intelligent, toujours occupé des travaux de sa profession, était né d'un père atteint d'aliénation mentale. Depuis deux ans, il était sujet à des maux de tête qui passaient par la distraction que lui donnaient ses travaux en plein air, mais qui augmentaient dans un lieu fermé et chaud. On s'aperçut, quelque temps après, qu'il devenait triste, silencieux, qu'il ne s'exprimait plus avec la même aisance ; on reconnut bientôt que, soit en parlant, soit en écrivant, il omettait des syllabes, des mots, même des membres de phrase. Son caractère subit des changements notables. Du reste, les diverses fonctions s'exécutaient d'une manière normale.

Malgré l'emploi des demi-bains simples et sulfureux, des pédiluves sinapisés, des affusions froides sur la tête, des sangsues à l'anus, des purgatifs, des exutoires, des frictions stibiées, d'un séton à la nuque, la maladie fit des progrè successifs.

Un an plus tard, il fut pris de quelques mouvements spasmodiques et d'une perte subite de connaissance. Plusieurs médecins considérèrent cet état comme une attaque d'apoplexie, et pratiquèrent une forte saignée suivie de vésicatoires et de sinapismes qui n'apportèrent aucun changement à la position fâcheuse du malade. Cette position s'aggrava de plus en plus, et le malade mourut le sixième jour.

L'examen cadavérique fait avec la plus minutieuse attention ne révéla aucune altération sensible dans toutes les parties de l'encéphale. Tous les autres organes étaient sains, de sorte que M. Gintrac fut contraint de ne voir là qu'une lésion essentiellement vitale, d'admettre enfin une apoplexie nerveuse. Les phénomènes apoplectiques, dit-il, ne se manifestèrent qu'après deux ans d'un état de souffrance cérébrale, d'irritation nerveuse, de trouble mental. La céphalalgie, la perte de la mémoire des mots, l'humeur inquiète, l'insensibilité, étaient les indices positifs de la surexcitation graduellement accumulée dans l'encéphale, et arrivée au point d'occasionner un éclat mortel. Cette surexcitation, du reste, il ne la croit pas étrangère à l'hérédité. (*Journal de médecine de Bordeaux*, avril 1845.)

ARSENIC *dans les bougies stéariques*. Il y a quelques années on a signalé de toutes parts les inconvénients de la présence d'une petite quantité d'arsenic qui était ajouté aux bougies stéariques; l'autorité administrative de Paris prit des mesures à cet égard ; aussi nous pensons qu'aucun des fabricants de la capitale n'emploie plus l'arsenic dans les bougies. Ils ont, dit-on, trouvé dans le bismuth un métal qui facilite sa combustion aussi bien que l'arsenic. Mais en province, il n'en est pas encore ainsi, à ce qu'il paraît. M. Dannecy, pharmacien à Reims, a reçu d'un de ses clients de cette ville l'invitation d'examiner chimiquement des bougies qui, en brûlant, répandaient une forte odeur d'ail. M. Dannecy a fait

bouillir à plusieurs reprises une de ces bougies dans un matras avec de l'eau distillée, etc.; la décoction filtrée et évaporée lui a donné, à l'aide de l'appareil de Marsh, 150 milligrammes d'arsenic, recueillis dans le tube de réduction de l'appareil. La bougie pesait 60 grammes, elle était de celles dites des 8. (*Journal de chimie-méd.*, mai, 1845.)

ASTHÉNIE UTERINE (*De l'*) *comme cause de stérilité.* L'asthénie de la matrice est un état de débilité, de faiblesse, de diminution dans l'action organique de ce viscère; les organes génitaux de la femme paraissent être dans un état d'atonie, de torpeur; le plus souvent, elle provient d'une constitution lymphatique ou tient au manque d'irritabilité dans les tissus de l'utérus; de là l'acte irrégulier des fonctions de ce viscère, une imparfaite menstruation et la stérilité parfois. Peut-on remédier à cet état de choses? Oui, dit M. le docteur Olivier, de Bourg, qui rapporte un fait dans lequel un traitement approprié rendit féconde une femme jusque-là stérile. Il s'agit d'une jeune femme, tardivement menstruée, qui, mariée à un époux jeune, vigoureux, et aimée, ne faisait pas d'enfants depuis deux ans. M. Olivier crut en trouver la cause dans la constitution de cette femme, et proposa un traitement tout à la fois hygiénique et pharmaceutique, général et direct. Fréquentation du monde, équitation, promenades en voiture, bains parfumés et excitants, nourriture forte et animalisée, voilà pour l'hygiène. Le traitement thérapeutique ou direct se composa d'abord de « tous les moyens que l'on peut attendre d'un époux jeune et ardent, de tous ceux que comprend la sensualité la plus exquise, l'amour le plus dévoué. » Cette jeune femme fut mise ensuite à l'usage du safran en infusion; elle prit, à plusieurs reprises, une potion composée d'eau d'armoise, de fleur d'oranger et d'huile essentielle de sabine; on eut recours aux ferrugineux, aux demi-bains avec l'armoise. A la suite de deux ans de ce traitement, la constitution et le moral de cette jeune femme avaient totalement changé, et elle devint mère.

Tout ce qui touche à la fécondation est si obscur, que c'est avec la plus grande réserve que nous pouvons croire que le traitement précité ait fait cesser la stérilité de cette jeune dame. Un seul fait est bien peu de chose sur une question si difficile. (*Journal de méd. de Lyon*, avril 1845.)

BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME (*Du traitement abortif de la*). Si le traitement de la blennorrhagie chez l'homme au moyen des injections de nitrate d'argent a compté de nombreux revers, cela dépend, suivant M. Cullerier, auteur du travail que nous analysons, de deux circonstances auxquelles les praticiens n'ont pas accordé une suffisante attention: d'abord la presque impossibilité de soumettre au contact de la solution caustique tous les points de l'étendue du canal qui sont enflammés, et en second lieu le défaut d'énergie de la solution elle-même dans laquelle l'azotate d'argent entre à dose trop minime, car ce n'est pas en modifiant la vitalité des tissus que l'injection du liquide doit agir, mais en produisant une escarification assez profonde pour désorganiser la surface sécrétante et annihiler de la sorte le principe virulent, cause première de la phlegmasie; quant à la nécessité pour la réussite de la méthode d'agir également sur tous les points enflammés, M. Cullerier la regarde comme indispensable, attendu que, si une partie même très-limitée de la membrane muqueuse a échappé à l'action du caustique, ce point phlegmasique, pour nous servir du langage de l'auteur, fera tache d'huile, et après la chute de l'eschare développée sur les parties voisines, il s'étendra avec d'autant plus de facilité qu'il trouvera une surface plus apte à recevoir une impression morbide. Quelle doit donc être la dose de sel d'argent à faire dissondre dans 30 grammes d'eau? Cette dose est de 1 à 2 grammes. Toute autre formule qui n'atteindrait pas ce chiffre ne saurait, suivant l'auteur, remplir le but qu'on se propose dans le traitement de l'urétrite à son début. Cette condition est facile à remplir, mais il n'en est pas de même de la première; comment, en effet, pouvoir s'assurer du siége précis de la blennorrhagie chez l'homme, et surtout pouvoir affirmer que l'action du caustique a été également répartie sur toute l'étendue de la surface enflammée? Aussi, M. Cullerier avoue que l'impossibilité de

remplir cette dernière indication l'a engagé à renoncer à peu près complétement à ce mode de traitement appliqué à la blennorrhagie chez l'homme. Mais en revanche il s'est rejeté sur le vagin et l'urètre de la femme, où les mêmes difficultés ne lui out pas semblé exister. Neuf femmes, affectées de vaginite aiguë, furent soumises, à l'hôpital de Lourcine, au traitement abortif dont il est question, et en variant les expériences de la manière suivante. Chez trois, il y eut injection d'une solution à 60 centigrammes de sel d'argent pour 30 grammes d'eau; chez trois autres, le spéculum mit à découvert toute l'étendue du vagin dont les parois furent cautérisées avec le plus grand soin au moyen d'un pinceau trempé dans la solution caustique; enfin, sur les deux autres malades, on cautérisa le vagin directement avec le crayon de nitrate d'argent fondu. La cautérisation fut renouvelée à plusieurs reprises chez toutes ces malades, soit pendant plusieurs jours de suite, soit eu laissant plusieurs jours d'intervalle entre chaque application du caustique; l'effet constant de cette médication fut de supprimer pendant un, deux et trois jours, l'écoulement, qui n'a jamais manqué de reparaître ensuite avec d'autant plus d'intensité que la cautérisation avait été plus énergique. Chez plusieurs femmes, le linge offrit des taches de sang provenant du vagin, dont la muqueuse était rouge, enflammée et saignante. L'auteur a noté que, dans plusieurs cas, l'écoulement était deux fois plus abondant qu'avant la cautérisation; il signale des douleurs abdominales fort vives, et, chez une de celles qui furent cautérisées avec le crayon de nitrate d'argent, il observa un accès de fièvre assez violent. De plus, chez les deux malades ainsi cautérisées, il y eut un écoulement de sang. Ces résultats, plus que suffisants, suivant nous, pour faire regretter d'avoir entrepris de semblables expérimentations, n'ont pas encore eu le pouvoir de convaincre leur auteur, qui a voulu s'assurer s'il n'y aurait pas avantage à soutenir l'effet de ces premières et énergiques cautérisations par des injections de nitrate d'argent à doses modérées, et chaque jour décroissantes. Ces injections, que l'on pourrait appeler secondaires, furent faites et elles ne produisirent aucun bon effet local, et même elles entretinrent la malade dans un état d'excitation générale. Convaincu dès lors de l'inefficacité de cette médication, M. Cullerier la transporta sur un autre point des organes génito-urinaires, dans l'urètre lui-même. Sur ce nouveau terrain notre confrère paraît avoir été plus heureux; il rapporte en effet sept observations d'urétrite chez la femme, dans lesquelles la cautérisation arrêta, au début, l'inflammation, soit que celle-ci fût bornée exclusivement au canal, le reste des organes génitaux restant sains, soit qu'elle fût entée sur une inflammation chronique du vagin ou du col utérin. Pour cautériser l'urètre, il se sert d'un crayon de nitrate d'argent fondu qu'il a soin de choisir assez gros pour qu'il puisse bien distendre la membrane muqueuse, et effacer ses plis naturels; il le promène lentement dans toute l'étendue du canal en le lui faisant parcourir deux ou trois fois. Cette cautérisation détermine souvent de très-violentes douleurs, qui durent de douze à vingt-quatre heures; jamais il n'observa de rétention d'urine même momentanée. Pour faire une seconde cautérisation, l'auteur attend que l'eschare produite par la première soit tombée. Il suffit ordinairement de deux ou trois cautérisations pour supprimer tout écoulement; il faut quelquefois y revenir plus souvent. M. Cullerier a presque constamment associé à cette médication l'emploi du cubèbe ou du copahu à l'intérieur; quant à la durée du traitement, elle a toujours été de quinze jours à un mois. Nous ne discuterons pas la valeur et la convenance de ces expériences thérapeutiques, nous nous bornerons à demander si les antiblennorrhagiques seuls n'auraient pas pu, à la rigueur, donner une guérison aussi prompte, en astreignant d'ailleurs les malades à toutes les règles d'hygiène généralement prescrites en pareils cas? Ou bien s'il faut mettre sur le compte de la cautérisation ce qui, en définitive, peut lui être contesté, car on sait que l'urétrite chez la femme est loin de résister avec autant d'opiniâtreté que celle qui s'observe chez l'homme. (*Journ. de chir.*, avril 1845.)

BLENNORRHAGIE (*Des injections de nitrate d'argent à haute dose dans la.*) Nous avons analysé,

avec soin et fidélité, les divers travaux qui ont été publiés depuis trois ans sur cette question importante de pratique. Le mémoire que M. Bourguet, chirurgien en chef interne à l'hôpital d'Aix, a inséré dans la Clinique de Marseille réclame toute notre attention, car il est basé sur 250 observations recueillies avec soin dans les salles de l'hôpital. La plupart des publications sur la matière, dit ce médecin, ont été faites sous un point de vue exclusif; on dirait, à l'exception des mémoires de MM. Jacquot et Cazalis, plutôt un plaidoyer en faveur ou contre le moyen dont il s'agit, qu'un exposé impartial de ses avantages et de ses inconvénients. C'est cet exposé impartial des résultats qu'il a obtenus chez ses 250 malades que M. Bourguet vient nous donner. Nous ne pouvons transcrire ici le long tableau qui indique les divers espaces de temps après lesquels chacun de ses malades est sorti guéri après l'emploi des injections. Nous indiquerons seulement les résultats pour les 106 cas où la guérison a été le plus rapide. Ainsi, 5 malades seulement ont été guéris en 3 jours; 11 malades en 4 j.; 9, en 5 j.; 11, en 6 j.; 6, en 7 j.; 12, en 8 j.; 8 en 9 j.; 14, en 10 j.; 7, en 11 j.; 9, en 12 j.; 9 en 13 j.; 7, en 14 j.; 7, en 15 j.; 5, en 16 j.; 6, en 17 j. Les derniers malades portés sur ce tableau ont été guéris du 45e au 53e jour. Mais comme le tableau ne mentionne que 205 malades, et qu'il en a été traité 250, nous devons supposer, quoique M. Bourguet ne le dise pas, que les 45 qui manquent n'ont éprouvé aucun effet du traitement, qu'ils sont sortis non guéris. La moyenne de la durée du traitement a été de 14 à 15 j.—Les effets immédiats des injections n'ont pas offert à M. Bourguet de différence notable d'avec ce qui a été déjà observé. La douleur a été vivement exaspérée; très-souvent, les malades ont pissé le sang le jour de l'injection; mais le soir arrivé, ils souffraient déjà moins, et la nuit suivante était plus calme que celle qui l'avait précédée. La dose habituelle du nitrate d'argent a été de 1 gramme sur 30 grammes d'eau distillée; cependant, il en a été fait exceptionnellement quelques-unes de 1 gramme 20 à 1 gramme 50 centigr. et même de 2 grammes. Rarement une seule injection a suffi pour amener la guérison; le plus souvent il en a fallu 3 ou 4, quelquefois 6 ou 7. Une chose à bien noter, c'est que, presque toujours, on a été obligé de faire suivre les injections de nitrate d'argent par des injections astringentes (sulfate de zinc et acétate de plomb, 1 gram. de chaque pour 200 grammes d'eau; quelquefois, sulfate de fer 1 gramme avec 200 grammes); sans quoi l'écoulement persistait, quoique modifié dans sa nature, c'est-à-dire quoique devenu clair et séreux, d'épais et jaune verdâtre qu'il était auparavant. Enfin, lorsque la blennorrhagie avait résisté aux injections caustiques et astringentes, le copahu et le cubèbe étaient donnés à l'intérieur, et de même que MM. Foucart et Cazalis, M. Bourguet a reconnu qu'alors les balsamiques réussissaient mieux et en moins de temps. Les cas de récidive ont été peu nombreux parmi les malades qu'on a pu revoir. Les accidents qui ont suivi les injections n'ont jamais été graves. Sept à huit fois, M. Bourguet a observé de l'irritation au col de la vessie, qui a nécessité la suspension du traitement, l'emploi des émollients et parfois même des antiphlogistiques. Chez une malade était survenue une inflammation phlegmoneuse au périnée, attribuée au nitrate d'argent; elle n'a pas suppuré, mais elle a nécessité deux applications de sangsues et des frictions mercurielles. Jamais il n'a observé d'orchite, d'abcès sous la verge, d'érysipèle, de bubons, d'arthrite, d'ophthalmie, en un mot, cette nombreuse série d'accidents relatée par M. Venot, et dont quelques-uns paraissent s'être présentés à d'autres chirurgiens. En somme, M. Bourguet conclut des faits nombreux qu'il a observés: 1° que les praticiens peuvent recourir aux injections de nitrate d'argent à haute dose, sans s'exposer, dans l'immense majorité des cas, à faire courir des dangers à leurs malades; 2° que ces injections abrègent notablement la durée de la blennorrhagie, mais qu'elles sont loin d'avoir autant d'efficacité que l'a prétendu M. Debeney; 3° qu'il est en général indispensable de leur associer les injections astringentes, et parfois aussi les balsamiques à l'intérieur; 4° qu'on peut les essayer dans toutes les périodes de la blennorrhagie, mais qu'on a moins de chances de réussite lorsque celle-ci date de plus de trois ou quatre jours et présente déjà des symptômes in-

flammatoires, que lorsqu'on les fait au début ou à une époque beaucoup plus éloignée. (*Clinique de Marseille*, mars 1845.)

BLESSURE DE L'ŒIL *droit qui a fait perdre l'œil gauche*. M. le docteur Tcirlinck, de Gand, cite un cas fort curieux de blessure de l'œil. Un individu reçut un coup de fleuret déboutonné à l'angle interne de l'œil droit. Le seul résultat immédiat fut un léger affaiblissement de la vue, attribué par le blessé au sang et aux larmes qui remplissaient l'œil; il eut de plus un épistaxis considérable. Ne se doutant nullement de la gravité de la lésion, le patient se coucha et dormit jusqu'au lendemain matin; réveillé par une douleur très-vive à la racine du front et à toute la région sus-orbitaire, il se borna à couvrir l'œil blessé de compresses trempées dans l'eau froide. Ce ne fut qu'alors qu'il s'aperçut que la vision était complétement abolie du côté gauche. Le lendemain, à son entrée à l'hôpital, on constate un boursouflement et une ecchymose des paupières et de la conjonctive sclératicale, un larmoiement abondant, de la photophobie, mais un état d'intégrité de la vue. L'œil gauche, quoique ne présentant aucune lésion appréciable, est frappé de cécité, et l'on n'y remarque qu'une dilatation et une immobilité complète de la pupille. On reconnaît, dit M. Teirlinck, que le fleuret a pénétré obliquement, de bas en haut, à travers la paroi interne de la cavité orbitaire de ce côté, les fosses nasales et leur cloison, ainsi que la paroi interne de la cavité orbitaire gauche, et le nerf optique de cet œil dans sa portion orbitaire. — Un traitement approprié n'amena aucun résultat curatif, et, après un séjour de trois semaines, le blessé sortit de l'hôpital avec perte complète de la vue du côté gauche. — La circonstance curieuse d'un agent vulnérant qui, pénétrant dans l'orbite droit, blesse le nerf optique du côté gauche, imprime à cette observation un intérêt réel. — Le diagnostic de la lésion matérielle du nerf optique a paru quelque peu hasardé à quelques membres distingués de la Société de médecine de Gand, à laquelle cette intéressante observation a été soumise. Il a été émis l'opinion que l'amaurose pouvant être produite par la lésion de plusieurs parties nerveuses en connexion sympathique avec les nerfs optiques, que l'abolition de la vue pouvant provenir, d'après M. Magendie, par la section du nerf trifacial, on ne pouvait se prononcer aussi catégoriquement que M. Teirlinck.—Quoi qu'il en soit de ces explications, le fait n'en est pas moins le même. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, mars 1845.)

BRULURE PAR LE PHOSPHORE. *Emploi de l'huile dans ces cas*. Un accident grave arrivé récemment à M. Barral, professeur de chimie au collége Sainte-Barbe à Paris, appelle l'attention sur les brûlures par le phosphore, et sur la manière dont il faut se conduire en pareil cas. M. Barral a eu recours à l'eau, et naturellement la brûlure continuait ses ravages, car l'eau n'empêchait pas les parties de phosphore adhérentes aux parties de brûler toujours. C'est de l'huile qu'il fallait employer, car l'huile dissout et enlève le phosphore. Dans la dernière année de sa vie, notre savant et regrettable Pelletier se fit une brûlure aux deux mains avec du phosphore; il négligea d'avoir immédiatement recours à l'huile, et la brûlure fut assez profonde pour rester plusieurs mois sans guérir.—Pendant une manipulation chimique pour préparer de l'iodure de phosphore, l'élève qui agissait eut les deux mains fortement brûlées par le phosphore contenu dans la cornue, qui éclata. M. le docteur Ratier, qui était présent, mit en usage sans délai l'huile, et le jeune homme n'éprouva aucun résultat fâcheux d'un accident qui pouvait avoir des suites graves, eu égard à la grande quantité de phosphore qui l'avait atteint. Cet avis ne doit pas être perdu aujourd'hui que l'on emploie si généralement des allumettes qui contiennent du phosphore. (*Gaz. des Hôp.*, avril 1845.)

BRULURES (*Emploi du liniment oléo-calcaire dans les*). Voici encore deux nouveaux faits récemment observés touchant l'efficacité de ce précieux traitement. Un ouvrier boulanger, en ouvrant son four, eut toute la figure, le cou et une partie de la poitrine brûlés; M. Marion, pharmacien à Auzonne, lui donna du liniment oléo-calcaire qu'il prépara même avec de l'huile d'œillette et non avec de l'huile d'amandes douces. Les parties brûlées en furent recouvertes.

Les douleurs furent enlevées comme par enchantement, dit-il, et peu de jours après il ne portait aucune trace de sa brûlure. Une domestique venait de se brûler le pied avec du bouillon; la douleur était violente: M. Marion appliqua du liniment, la douleur cessa instantanément, et la personne se mit à courir les rues comme s'il ne lui était rien arrivé. Elle fut guérie en peu de temps. M. le docteur A. Lartigue, en rapportant, les faits précédents, qui lui ont été transmis, ajoute un fait de sa pratique qui a une certaine importance, puisqu'il établit que le liniment oléo-calcaire est encore le meilleur moyen à employer, même dans les cas de brûlures datant de plusieurs jours. Un jeune enfant, de cinq ans environ, s'était brûlé le dos de la main en l'appliquant sur un poêle en fonte. Jusqu'au quinzième jour, époque où M. Lartigue fut appelé, cet enfant avait été traité par un pharmacien. On faisait trois fois le jour un pansement, on ne sait lequel, qui provoquait chaque fois de vives douleurs; les nuits étaient agitées, et l'état général du malade commençait à donner quelques inquiétudes. La plaie occupait presque entièrement le dos de la main, elle était rouge, très-douloureuse, et donnait une suppuration abondante. Aussitôt après la première application par M. Lartigue du liniment oléo-calcaire et du coton, les douleurs se dissipèrent complétement; les nuits devinrent tout à fait calmes. Le petit appareil fut renouvelé seulement tous les trois jours. Au quatrième pansement, la plaie n'avait plus que l'étendue d'une pièce de cinq sous. On substitua alors un plumasseau de charpie enduit de cérat au coton cardé et au liniment oléo-calcaire, et la guérison fut bientôt complète. (*Encyclograp. médicale*, avril 1845.)

CANCER DE L'UTÉRUS *compliquant la grossesse.* Il n'est pas rare de voir dans certains cas le cancer de la matrice ne pas empêcher la conception de s'opérer, et la grossesse d'arriver à son terme sans trop d'accidents; le plus souvent aussi, dans ces sortes de cas, la marche du cancer se ralentit ou s'arrête même pendant la durée de la grossesse, pour reprendre après les couches une nouvelle intensité. Dans le cas suivant, rapporté par le docteur J. Miller, les choses se sont passées tout autrement, et la marche du cancer a été d'une rapidité extrême malgré la grossesse ou plutôt à raison de la grossesse. Ce médecin est appelé auprès d'une femme de trente-sept ans, ayant déjà eu sept enfants, et qui éprouvait, disait-elle, les premières douleurs de l'accouchement, car elle se croyait à terme. Elle accusait une douleur sourde avec élancement dans la région lombaire; il y avait un écoulement vaginal considérable d'une couleur foncée et d'une odeur fétide. Le toucher fit reconnaître une lésion carcinomateuse profonde du col de l'utérus. Sur toute sa circonférence, et surtout à sa partie postérieure, il existait des ulcérations profondes avec épaississement et induration des parois aussi loin que le doigt pouvait arriver. M. Miller prescrivit quelques anodins, et ne revit la malade qu'au bout de six semaines, époque où elle accusait des douleurs continuelles dans les reins et dans le ventre, semblables à celles de l'accouchement. L'ulcération avait fait tant de progrès qu'on ne pouvait plus distinguer l'orifice de l'utérus. Le doigt, au lieu de pénétrer dans les lèvres de la matrice, entrait dans un profond sillon à la partie postérieure du col. On reconnaissait de larges portions ulcérées, qui ne tenaient que par d'étroits pédicules, et d'où s'écoulait un fluide sanieux très-abondant. Le pouls est à 140, et la malade, dans le dernier état d'épuisement, ne peut échapper à une mort prochaine et inévitable. On songe alors à pratiquer des incisions sur le côté de la matrice, puis à opérer la délivrance avec le forceps long; mais la femme et les parents s'y refusent. La mort a lieu trois jours après. A l'autopsie, on trouva l'utérus couvert d'une couche de lymphe plastique, qui le faisait adhérer au péritoine, dans la cavité duquel il y avait 440 grammes de sérosité de couleur foncée. Le col de l'utérus avait été entièrement dévoré par une profonde ulcération. A gauche, il y avait une induration qui s'étendait jusqu'au ligament large. Déjà le ramollissement avait commencé au centre. Les deux ovaires étaient oblitérés, ramollis. D'après l'état de putréfaction où se trouvait le fœtus, la vie devait être éteinte depuis bien des jours. Dans des cas de ce genre, lorsqu'on a constaté que la grossesse est compliquée de

squirrhe de l'utérus, ne devrait-on pas, dans l'espoir de prolonger la vie de la malade, solliciter l'accouchement prématuré? (*Gaz. médic.*, avril 1845.)

DYSSENTERIE BILIEUSE (*Du traitement de la*) *par la racine d'ipécacuanha.* M. le docteur Millet reproche avec raison aux pathologistes modernes d'avoir abandonné les divisions établies par les anciens relativement à la dyssenterie. On croit avoir simplifié l'étude de la maladie alors qu'on l'a obscurcie. De plus, on a jeté la thérapeutique dans un vague désespérant, en appliquant irrationnellement les mêmes moyens de traitement à des états pathologiques tout différents. Les anciens admettaient dans la dyssenterie les formes simple, inflammatoire, adynamique, bilieuse, etc., et, à chacune de ces formes, ils appliquaient des moyens différents. Nous avons pris leurs moyens en rejetant leurs indications, aussi la confusion est extrême sur ce point, et ce qui réussit entre les mains de l'un qui sera tombé sur une indication juste, échoue entre les mains de l'autre qui avait à combattre une indication différente.

Ne s'occupant que de la dyssenterie de la forme bilieuse, M. Millet montre, par de nombreux exemples empruntés à l'histoire des épidémies, que la médication vomitive en a toujours et partout fait justice. Nous disons *vomitive*, car contrairement à l'opinion de M. Trousseau, qui professe que l'ipéca ne réussit qu'à la condition d'agir comme purgatif, M. Millet prouve par des exemples pris dans sa pratique, que c'est dans tous les cas où ce médicament a arrêté la dyssenterie en provoquant des vomissements bilieux abondants et nombreux, qu'il a jugé rapidement la maladie. Un de ces exemples indiquera la nature des symptômes, et le mode d'administration auquel M. Millet a eu recours.

Une femme de soixante-deux ans est prise dans la nuit de frissons, de ténesme, de coliques et d'une dyssenterie qui donne lieu au moins à vingt-cinq selles dans la nuit. Au matin, M. Millet trouve l'état suivant : céphalalgie frontale, altération des traits, pourtour des lèvres jaunâtre, bouche amère, langue sèche, couverte d'un enduit jaunâtre très-épais; haleine fétide, soif vive, anorexie complète; nausées, ventre douloureux, borborygmes, gargouillement dans la fosse iliaque gauche; pouls petit, misérable, cent quatre pulsations. Les matières rendues par les selles sont glaireuses, sanguinolentes et d'une extrême fétidité. Pour boisson : eau de riz édulcorée avec le sirop de coings; potion ainsi composée: ipécacuanha gris concassé, 2 grammes; faites bouillir pendant dix minutes dans eau, 90 grammes; ajoutez sirop simple, 15 grammes; eau de fleur d'oranger, 4 grammes. A prendre par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure.

A sept heures du soir, affaissement assez considérable, mais la céphalalgie avait en partie disparu; la langue était moins sale, la soif moins vive, le ventre n'était plus douloureux. Après la première cuillerée, la malade avait rendu des flots de bile verte porracée, et les vomissements se sont répétés à chaque dose de la potion; mais les selles ont été subitement arrêtées, et dès la première dose, il n'y a plus eu ni coliques, ni borborygmes, ni ténesme. Tout s'est bien passé depuis lors, et la malade était sur pied trois jours après. (*Journal des Conn. méd. chir.*, mai 1845.)

EMPOISONNEMENT *externe produit chez les ouvriers par le vert arsenical.* Le vert de Schweinfurt (vert arsenical) est un composé à parties égales d'acétate de cuivre et d'acide arsénieux dissous dans l'eau que l'on fait bouillir. Tamiser le vert sec, imprimer les fonds avec ce vert, puis satiner, c'est-à-dire, brosser assez les papiers imprimés en vert de manière à les rendre lisses et brillants de ternes et mats qu'ils étaient, tel est l'ouvrage des ouvriers en papiers peints. Cette dernière opération est la plus dangereuse. La brosse détache une notable quantité de poussière d'acide arsénieux. Cette poussière voltige autour de l'ouvrier, se fixe sur les parties extérieures et pénètre dans l'économie par la respiration et la déglutition. Il en résulte une série d'accidents sur lesquels M. le docteur Blandet a fixé l'attention dans un mémoire lu à l'Institut. Ces accidents se rapprochent de ceux qu'on observe dans l'empoisonnement interne par l'arsenic, mais à un moindre degré, car dans aucun cas ils ne sont devenus mortels. C'est, lorsque l'action de l'arsenic est locale, un coryza initial, une

sputation continue, un gonflement œdémateux du nez et des lèvres, une éruption de vésicules et de papules; puis à un degré plus avancé, si l'acide arsénieux est absorbé, des coliques, de la prostration, de la céphalalgie. M. Blandet donne comme symptômes spéciaux de l'empoisonnement externe un engorgement douloureux des testicules et une éruption papulo-vésiculeuse des bourses. Les ouvriers ne connaissent que deux remèdes, qui ne font qu'empirer le mal; ils boivent du lait et se lavent avec de l'essence.—Il faut distinguer si la maladie est simplement cutanée, locale, ou si au contraire l'absorption a eu lieu. Dans le premier cas, M. Blandet conseille les topiques émollients; dans le second, c'est aux contre-poisons de l'arsenic, et notamment au peroxyde de fer hydraté qu'il faut recourir. Il croit même qu'il pourrait être utile d'administrer cette substance comme préservatif pendant le cours du travail des ouvriers, afin de neutraliser à l'avance l'arsenic qui pourrait s'introduire dans leur économie. A défaut du peroxyde de fer hydraté, M. Blandet conseille de donner le sous-carbonate de fer aux mêmes doses. (*Journ. de chim. méd.* et *Encyclograph. méd.*, mai 1845.)

FRACTURE SIMULTANÉE *des deux radius*. M. le docteur Decaisne a observé un fait remarquable et qui mérite d'être publié, car on ne voit pas tous les jours des cas de fracture des deux radius simultanément. Une femme, âgée de quarante-cinq ans, malgré et d'une constitution détériorée, en allant chercher de l'eau, glissa sur la glace, et lâchant son seau, tomba d'aplomb sur la paume des mains; cette femme éprouva, au moment de sa chute, quelques symptômes généraux, suite de la secousse et de la frayeur qu'elle avait ressenties : un gonflement du bras, et de la douleur qu'elle accusa ensuite un peu au-dessus des poignets, ne furent considérés que comme le résultat d'une simple entorse pour laquelle on se contenta d'appliquer, pendant deux jours, sur la partie, des compresses imbibées d'eau vinaigrée; ce ne fut qu'au bout de ce temps que les soins de M. Decaisne furent réclamés, et que celui-ci constata l'existence d'une fracture vers le tiers inférieur de l'un et de l'autre radius. La réduction fut des plus faciles; les fragments furent maintenus au moyen de l'appareil de Dupuytren, sauf l'attelle cubitale qui a été remplacée par quelques tours de bande destinés à contenir la main fortement portée en dehors vers le cubitus; il ne survint aucun accident consécutif; rien n'entrava le traitement, et au bout d'environ six semaines, l'une et l'autre fracture étaient consolidées. (*Archives de la médecine belge*, mars 1845.)

HUILE DE CROTON TIGLIUM (*Un mot sur l'absorption de l') et sur ses effets sur la peau*. C'est encore une question controversée que celle de savoir si l'huile de croton en frictions sur la peau est absorbée et porte son action sur l'intestin, de manière à produire des garderobes. Pour moi, je l'ai employée fréquemment dans ce but, sans obtenir de résultat. Cependant, quelques bons observateurs ont rapporté des exemples incontestables de cette propriété. M. Piedagnel a vu chez plusieurs malades l'application de l'huile de croton sur la face interne du bras produire des garderobes abondantes (*Voy.* T. 8, p. 102).

M. le docteur E. Boudet, dans une note publiée dans le *Journ. de pharmacie* (mai 1845), est du nombre des médecins qui croient à l'absorption de l'huile de croton. Il ne rapporte pas comme preuve l'action purgative de cette huile, quoiqu'il l'admette; mais il signale, et il croit être le premier à signaler une propriété singulière, une sorte d'action spéciale élective qu'aurait cette huile sur la peau des organes génitaux urinaires. C'est-à-dire que ce médicament, appliqué sur la peau du cou, sur un membre, ferait naître une éruption pustuleuse, non-seulement sur la partie même qui a été frictionnée, mais encore et presque aussitôt sur la peau du scrotum, du pénis et du périnée, sans que les malades aient porté leurs doigts imprégnés d'huile sur les organes génitaux.

Cette propriété, qu'aurait l'éruption crotonique de se produire dans des parties du corps éloignées de celles où l'huile a été appliquée, a déjà été annoncée par plusieurs médecins; mais elle a été contredite par d'autres. Sans faire de longues recherches, nous pouvons indiquer à notre honorable confrère, M. E. Boudet, un article (t. 25, p. 434 *du Bulletin*), où M. le docteur Padioleau, de Nantes, défend l'action spé-

ciale du tartre stibié sur les organes génitaux, par suite de l'absorption, contre les opinions exprimées dans un autre article du même volume, p. 58, lequel article est intitulé : «Sur la prétendue action spéciale du tartre stibié et de l'huile de croton sur la peau du scrotum et de la verge.» — Les faits récemment constatés par des hommes aussi estimables et aussi distingués que M. E. Boudet et son frère, M. Félix Boudet, apportent un nouveau renfort à l'opinion de ceux qui pensent comme M. Padioleau et autres. C'est donc rendre service à M. Boudet que de lui indiquer qu'il n'est pas le premier à avoir constaté ce fait pathogénique.

ICTÈRE (*De la coloration en jaune du voile du palais dans l'*). Voici un signe ou du moins un des caractères de l'ictère qui n'a pas une grande valeur séméiologique, car le diagnostic de cette affection est rarement embarrassant, mais qui n'en a pas moins un certain intérêt. M. le docteur de Lonjon a examiné avec soin la cavité buccale d'un grand nombre d'ictériques, et chez tous, excepté chez un seul, il a constaté au voile du palais une teinte jaune uniforme et constante, toujours foncée et tranchant vivement sur la nuance des parties environnantes. En arrière, cette nuance se fond dans la couleur normale ou plus ou moins altérée du bord postérieur du voile, de la luette ou des piliers; mais en avant elle se termine brusquement par une ligne transversale droite et nettement dessinée, qui correspond à la ligne de démarcation de la voûte palatine et de la portion horizontale du voile du palais, et qui s'étend de la dernière molaire d'un côté du maxillaire supérieur à la même dent de l'autre côté. Il y a bien à la muqueuse de la surface buccale, à l'intérieur des lèvres, sur les gencives, sous la langue, aux joues, à la muqueuse de la voûte palatine, des piliers, de la portion visible de la paroi postérieure du pharynx, une teinte jaune, mais cette coloration généralement moins intense que celle de la peau, ne se manifeste pas sur tous les points à la fois; elle s'y montre inégale, sans siége spécial de prédilection, sans délimitation précise, comme cela a lieu pour le voile du palais. (*Gaz. méd.*, avril 1845.)

INTRODUCTION D'UNE SANGSUE *dans le rectum*. On a nié la possibilité de l'introduction des sangsues dans le rectum; voici un fait authentique qui doit engager les médecins à recommander la surveillance à cet égard. M. le docteur Laforêt de Lavit, de Lomagne (Tarn-et-Garonne), prescrivit à un enfant de quatre ans des sangsues à l'anus, pour une inflammation gastro-intestinale dont il était atteint. Il fit l'application lui-même, et malgré toutes les précautions, une des sangsues s'introduisit dans le rectum, et disparut. L'opération terminée, M. Laforêt ayant compté les sangsues, en trouva une de moins. L'ayant cherchée vainement dans les draps et autour du petit malade, il ne dit rien aux parents, mais il fit administrer immédiatement un petit lavement d'eau salée (2 grammes de sel de cuisine sur 120 grammes d'eau). Peu d'instants après, l'enfant rendit une selle, dans laquelle se trouvait la sangsue désirée, sans mouvement et sans vie. Ce petit malade guérit en peu de jours de sa maladie. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril 1845.)

IODURE DE POTASSIUM (*De l'emploi de l') dans le traitement des accidents primitifs de la syphilis*. Personne ne conteste sérieusement aujourd'hui l'efficacité de l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires de la syphilis. Ce médicament est du petit nombre de ceux dont la fortune a été aussi légitime que rapide. Il était naturel que ses brillants succès dans la syphilis consécutive donnassent le désir d'en tenter l'essai dans les accidents primitifs. Ces essais ont été faits, mais avec des chances diverses. Tandis que les uns n'ont eu que des succès fort rares et contestables, les autres ont vanté son efficacité dans toutes les périodes de la syphilis, même à son début. Nous avons sous les yeux un travail de M. le docteur Mistler, dans lequel ce médecin se range ouvertement à cette dernière opinion, mais d'après des considérations qui nous paraissent nouvelles et dignes d'intérêt.

Pour l'auteur, tout chancre local et primitif, quelque petit et benin qu'il soit, une fois développé, se révèle presque toujours, au bout d'un certain laps de temps, par le développement de symptômes consécutifs, tels que bubons, ulcérations de la gorge, etc., quoique vous ayez

employé tous vos efforts pour prévenir l'absorption du virus. La même chose n'a point lieu lorsque l'iodure de potassium est employé dès le début de l'affection, et conjointement avec le traitement local. Dans ces cas, dit M. Mistler, l'infection consécutive est aussi rare, qu'elle est commune par les méthodes ordinaires; et cependant, ajoute-t-il, le traitement iodé n'influe pas d'une manière bien sensible, ni en bien ni en mal, sur les symptômes locaux, mais il s'oppose au développement des symptômes consécutifs, en préservant l'économie de l'infection virulente. La rapidité de son absorption, loin de rendre son action incertaine, comme on l'a dit, constitue au contraire la vertu préservatrice qui réside précisément dans cette propriété de stimuler vivement le système lymphatique, et par cela même de contrebalancer l'action du virus syphilitique et de l'empêcher de jeter ses racines dans le corps.

Tout cela est peut-être un peu théorique; mais enfin, l'auteur affirme, et c'est là pour les praticiens la chose essentielle, que lorsque l'iodure de potassium est administré en quantité suffisante dans la syphilis primitive, il prévient l'infection et s'oppose au développement des symptômes consécutifs.

Voici le traitement que M. Mistler a adopté dans la syphilis commençante: lorsqu'un individu atteint de chancres se présente à lui, il cherche à détruire sur place, à faire sécher sur pied l'affection locale, si elle est susceptible de l'être; sinon, il la traite avec les moyens généralement usités; mais il cherche toujours à favoriser un tant soit peu la suppuration. En même temps, il soumet le malade au traitement préservatif contre l'infection consécutive, en lui administrant 25 centigr. à 1 gramme d'iodure de potassium dans les vingt-quatre heures. Il est rare qu'il se voie dans le cas d'aller au delà d'un gramme d'iodure par jour. Cette dose est suffisante dans la plupart des cas. Il continue l'usage de ce remède, non-seulement jusqu'à ce que les symptômes locaux aient complétement disparu, mais encore quelque temps après, jusqu'à ce qu'enfin l'infection secondaire ne lui paraisse plus être à craindre.

Ce traitement, dit-il, a sur les autres d'incontestables avantages. Il n'affaiblit point la constitution comme les antiphlogistiques, n'agit point sur la bouche et les glandes salivaires, comme les mercuriaux, et enfin n'oblige pas à se garantir contre les refroidissements, ainsi que cela devient nécessaire lorsque le malade est sous l'influence des sudorifiques. Bien plus, il n'entraîne nécessairement aucune restriction dans la diète ou régime du sujet qui le suit. Une alimentation saine et nourrissante n'est pas une circonstance défavorable à l'action du remède. En un mot, l'individu conserve son appétit ordinaire, et continue à jouir de l'intégrité de ses fonctions physiologiques.

Le nombre de malades atteints de chancres qui ont été soumis à ce genre de traitement, depuis huit ans que M. Mistler l'emploie, est de 38; 32 ont été préservés de l'infection secondaire, tandis que chez les 6 autres la maladie a continué à progresser, des symptômes consécutifs se sont déclarés; 5 d'entre eux guérirent par les mercuriaux unis aux préparations iodées, et 1 seul résista à l'action de tout traitement rationnel. Il mourut par suite d'ulcérations du larynx. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 4, avril 1845.)

KÉRATITE ULCÉREUSE *traitée par l'occlusion de l'œil.* M. H. Larrey, professeur au Val-de-Grâce, se loue beaucoup du mode de traitement qu'il a adopté contre la kératite ulcéreuse; il consiste dans l'occlusion de l'œil au moyen d'un appareil convenable. On place sur l'œil un peu d'ouate de coton, maintenue par des bandelettes de diachylon, par-dessus lesquelles on applique une bande ou un bandeau approprié. Au bout de dix à douze jours, la conjonctivite qui accompagnait la kératite disparaît, et l'ulcère cornéal se cicatrise ou tout au moins se réduit extrêmement. M. H. Larrey a employé ce mode de traitement soit au Val-de-Grâce, soit à l'hôpital des Cliniques, lorsqu'il suppléait M. Jules Cloquet, et toujours, dit-il, il a obtenu les mêmes résultats avantageux. (*Gazette des hôpitaux*, avril 1845.)

LIGATURE DE L'ARTÈRE FESSIÈRE (*Nouveau procédé pour la*). Bien qu'on rencontre très-rarement des circonstances pathologiques qui exigent la ligature de l'artère fessière, il n'est cependant pas sans intérêt de connaître les tentatives qui sont faites dans le but de rendre cette opération

plus aisée à pratiquer : notre cadre thérapeutique ne doit donc pas se refuser à admettre le procédé suivant, que vient de publier M. le docteur Diday. Le sujet étant placé sur le ventre, on tient un fil de la pointe du coccyx au point le plus élevé de la crête iliaque; du milieu de ce fil on tire une ligne perpendiculaire. Cette perpendiculaire indique la direction à donner à l'incision pour qu'elle tombe dans le sens des fibres du muscle du grand fessier. Quant à l'artère fessière, le lieu où elle émerge du bassin répond exactement ou point d'intersection des deux lignes. Son siége est donc connu à l'avance, et le chirurgien la rencontrera sans tâtonnements : M. Pétrequin, qui a reproduit ce procédé dans son Traité d'anatomie chirurgicale, fait observer qu'il expose parfois à tomber un peu en avant de l'artère: cette remarque, dit M. Diday, demande à être vérifiée expérimentalement, mais même en la supposant juste, dès qu'on en aura fixé la valeur, et qu'on se souviendra d'en tenir compte dans l'exécution, elle ajoutera à la sûreté du procédé, bien loin de la diminuer. (*Gazette méd. de Paris*, avril 1845.)

LUXATION DES PHALANGES DES DOIGTS (*Réflexions pratiques sur la*). En compulsant les annales de la science, on peut s'assurer qu'elles ne renferment sur les luxations des phalanges des doigts, que des aperçus incomplets et presque toujours théoriques; c'est à peine si dans quelques cas, fort rares, ils reposent sur l'autorité de faits suffisamment constatés. Il y a donc intérêt pour le praticien à s'occuper de cette question de pathologie qui, dans un cas donné, pourrait, sous le rapport thérapeutique, lui offrir des difficultés sérieuses.

Nous laisserons de côté les luxations latérales qui, quoique admises par la plupart des auteurs depuis Hippocrate, n'ont pas un seul fait bien avéré à revendiquer en faveur de leur existence. On pourrait en dire presque autant des luxations en avant, puisqu'à l'exception d'une observation relatée dans l'ouvrage d'A. Cooper, nous n'en voyons pas un seul autre exemple dans les auteurs. Voici, d'après M. Malgaigne, la traduction littérale du texte anglais qui assure l'existence de cette luxation. « Dans la planche on verra cette luxation, la seconde phalange étant jetée en avant du côté des gaînes, et la première en arrière; je n'ai pu savoir si ses ligaments avaient été rompus, attendu que la luxation existait depuis longtemps, et que le ligament était alors réuni si jamais il avait été déchiré, le tendon extenseur était très-fortement tendu sur l'extrémité de la première phalange. » Les luxations en arrière ont été plus souvent et mieux observées; les exemples que nous en possédons sont aussi plus concluants. Cette luxation peut être complète ou incomplète. La luxation incomplète est la plus fréquente: M. Malgaigne en rapporte deux observations, dont l'une se passe en 1843, sur un nommé Fontaine, qui tomba en fermant sa boutique : suivant le dire de cet homme, le volet, qu'il laissa échapper, tomba de champ sur le dos de la phalange du pouce, tandis que la phalangette portait par sa face palmaire sur le rebord saillant d'un pavé. Il en résulta une plaie à la face palmaire accompagnée d'une vive douleur; pendant trois jours la lésion fut méconnue; c'est alors que le blessé vint consulter M. Malgaigne: la phalangette était raide et fixe dans une extension forcée sur la phalange; et malgré le gonflement on sentait manifestement la base de la phalangette, faisant une saillie de 4 à 5 millimètres en arrière, en même temps qu'elle était un peu déjetée en dehors: la plaie transversale de la face palmaire n'offrait rien de particulier. Pour réduire cette luxation, le chirurgien embrassa le pouce avec la main droite de manière à appuyer le pouce de cette main contre la base de la phalangette qu'il repoussa ainsi en bas et un peu en dedans, en même temps qu'un aide tirait sur son extrémité : presque aussitôt elle glissa à sa place avec un petit bruit : toute saillie disparut et le malade exécuta les mouvements de flexion.

Ce fait prouve que la luxation peut avoir lieu par un mécanisme qui tend à imprimer à la phalange et à la phalangette un mouvement parallèle, mais en sens opposé; mais la cause la plus commune est une chute sur la phalangette étendue, qui tend à forcer l'extension, à la plier pour ainsi dire en arrière. N'omettons pas de signaler une disposition observée par M. Malgaigne, savoir qu'en même temps que la phalangette est portée en arrière, elle est encore déviée de côté. Quant aux autres symptômes,

ce sont : l'extension forcée de la phalange luxée; quelquefois la saillie en arrière sous la peau du tendon extenseur; il est à remarquer que la saillie de la phalange supérieure en avant est le plus souvent insensible à l'œil, même quand la luxation est complète, ce qui dépend à la fois de l'épaisseur et de la tension des téguments. Pour réduire la luxation incomplète des phalanges, on a vu, par l'exemple précédent, que la méthode dite par glissement est on ne peut plus efficace : voyons si elle réussit également dans le cas de luxation complète, et pour cela faisons encore appel à l'observation. Le 2 janvier 1845, le nommé Bourdin, à la suite d'une chute dans laquelle la phalangette du pouce gauche toute étendue heurta contre le sol, se présenta à l'hôpital Saint-Antoine avec une difformité caractéristique du pouce : il y a extension forcée de la phalangette sur la phalange; la peau de la région dorsale est soulevée par l'extrémité supérieure de cette même phalangette; l'étendue de la saillie qu'elle forme en arrière de la phalange est de 6 millimètres : aucune saillie à la face palmaire; seulement il y a une plaie transversale au niveau du pli articulaire; par elle on sent la saillie des condyles de la phalange : pour réduire cette luxation survenue depuis quelques heures seulement, M. Malgaigne embrassa de la main droite la base du pouce et l'éminence thénar; l'indicateur placé en travers à la face palmaire, au-dessous de la phalange; le pouce à la face dorsale, refoulant en bas la base de la phalangette; et pour mieux dégager les deux os de la main gauche, l'opérateur attira légèrement la pointe de la phalangette en arrière : en un clin d'œil celle-ci glissa à sa place avec un petit bruit; et toute saillie anormale disparut : la phalangette fut maintenue légèrement fléchie à l'aide d'une attelle à carton : la plaie fut pansée simplement, et le 4 février le malade sortit guéri, sauf encore un peu de raideur dans l'articulation.

Le pronostic de la luxation simple des phalanges est en général peu grave, et surtout si la réduction peut en être faite peu de temps après l'accident, au moment où le gonflement inflammatoire est nul encore : il est vrai de dire cependant que dans quelques cas où cette condition n'existait plus, les manœuvres réductives ont échoué, et si bien que M. Thierry une fois, et M. Roux une autre fois, furent dans la nécessité, l'un de réséquer la première phalange, l'autre d'en faire l'amputation. Mais ajoutons que ces dangers appartiennent surtout aux luxations compliquées de plaie et de déchirure des ligaments et des tendons; le plus grave de tous est sans contredit le tétanos. Il résulte de cet aperçu qu'il y a un très-grand intérêt à ne pas méconnaître la nature de la lésion, car c'est l'incertitude dans le diagnostic, et l'insuffisance dans les moyens de thérapeutique, qui ont presque toujours été cause de ces accidents, qu'avec plus de clairvoyance ou d'adresse le chirurgien eût sans doute conjurés. (*Journ. de chir.*, avril 1845.)

NÉPHRITE, *suivie d'un vaste abcès dans la région lombaire. Guérison.* M. le docteur Decaisne, de Bruxelles, publie un fait remarquable par l'étendue d'un abcès situé à la région lombaire, et par une dépression très-prononcée de cette région après la guérison, dépression dont l'existence paraît à ce médecin ne pouvoir s'expliquer qu'en admettant la destruction du rein et celle du tissu cellulaire environnant. Voici le résumé de cette observation. Un homme de vingt-cinq ans entre à l'hôpital de Hasselt, se plaignant d'une douleur pongitive, lancinante dans la région lombaire droite. Cette douleur, qui augmentait par la pression, était circonscrite à la partie supérieure interne de cette région, sous les muscles sacro-lombaires et long-dorsal. Les trois premiers jours on se contente de lui appliquer des cataplasmes émollients, et de le tenir à la diète. Mais le quatrième jour une réaction fébrile assez forte se développe : augmentation de la douleur, peau chaude et sèche, accélération du pouls. Saignée du bras, ventouses scarifiées, qui sont répétées le lendemain; diète absolue. Les urines sont rares, le testicule droit est rétracté. Jusqu'au neuvième jour, les symptômes augmentent d'intensité. Les douleurs s'étendent du rein droit au testicule rétracté et à la région inguinale. Bain. Au dixième jour, horribles souffrances en urinant; urines brunes contenant du pus qui se dépose au fond du verre. A partir de ce moment les douleurs lombaires vont en diminuant; les urines, rares encore

et plus chargées, sont pour ainsi dire tout à fait purulentes; empâtement vers la région lombaire, fluctuation profonde. Au quatorzième jour, la fluctuation paraissant évidente et circonscrite, M. Decaisne pratique une ponction au moyen du bistouri, qui, plongé à une grande profondeur, donne issue à environ un litre de pus de bonne nature; l'incision est ensuite continuée dans l'étendue d'un pouce et demi, et l'ouverture est tenue béante par une mèche introduite entre les lèvres de la plaie, qu'on recouvre d'un large cataplasme. Le jour suivant, le malade est entièrement soulagé; le pus coule en assez grande abondance, et les urines, plus copieuses, contiennent encore du pus. La quantité du pus fourni par la plaie allant ensuite en diminuant, et l'état du malade s'améliorant, M. Decaisne se relâche un peu sur la sévérité du régime. L'écoulement purulent subsiste, mais d'une manière modérée pendant quatre à cinq semaines; le malade reprend toutefois peu à peu ses forces, et la plaie se cicatrise. Le quatre-vingt-quatrième jour, il sort de l'hôpital parfaitement guéri. Il a été revu plusieurs fois depuis, et il n'avait pas éprouvé la moindre douleur.—L'existence d'un vide profond à la partie supérieure de la région lombaire a fait penser à M. Decaisne qu'il y avait eu non-seulement chez ce malade destruction complète du rein droit, mais encore celle du tissu cellulaire environnant. Cette opinion n'a pas été partagée par ses collègues de l'Académie de médecine de Belgique, à laquelle cette observation a été communiquée. Il a été pensé, et cela nous paraît possible, qu'il n'y a pas eu dans ce cas néphrite primitive, que le rein n'a pas été détruit, qu'il n'a pas disparu; qu'il y a eu seulement périnéphrite, ou inflammation du tissu cellulaire qui entoure le rein, terminée par un abcès extra-rénal primitif; que les symptômes observés vers le rein étaient consécutifs. Le soulagement prompt et persistant après la sortie du pus, la guérison rapide, contrairement à ce qui arrive dans les cas d'abcès des reins, la cessation de tout trouble fonctionnel dans la sécrétion urinaire, sont les circonstances principales sur lesquelles on s'est appuyé pour combattre l'opinion de l'auteur. (*Archives de la méd. belge*, mars 1845.)

NÉVRALGIE FACIALE *et cervico-temporale, sympathique d'une tumeur fibreuse de la matrice, guérie après deux ans de durée par l'extirpation de la tumeur.* L'observation curieuse qui suit a été publiée par M. le docteur Cérise.

Une dame de trente-deux ans, dont la santé avait été altérée par de grands chagrins, ayant eu cependant une grossesse heureuse avant vingt ans, souffrait depuis deux ans et huit jours, avant l'époque menstruelle, de violentes douleurs névralgiques à la face, dans toutes les régions sus et sous-orbitaires. Ces douleurs, faibles au début, augmentaient chaque jour d'intensité et d'étendue; elles envahissaient tout le côté droit de la tête, et la veille de l'irruption, elles finissaient par être intolérables; des vomissements survenaient, puis une violente douleur se faisait sentir dans la région ombilicale, quelques lignes au-dessus du nombril; l'évacuation des règles ne portait aucun soulagement, elle durait six jours environ; les douleurs ne commençaient à diminuer que dans les dernières vingt-quatre heures, puis se prolongeaient encore en diminuant pendant quarante-huit heures; dans l'intervalle des époques, il existait un abondant flux leucorrhéique; les douleurs de reins étaient habituelles et accompagnées de pesanteur dans la région utérine. Cette dame ne pouvait résister au besoin bizarre de manger du charbon en très-grande quantité. M. Cérise pensa qu'il ne s'agissait là que d'une lésion nerveuse sympathique d'une affection utérine, et obtint, après plusieurs refus, de faire examiner l'organe. M. Marjolin fut appelé; le toucher lui révéla tout de suite la présence d'une tumeur volumineuse qui s'avançait dans le vagin, dont elle remplissait le bas-fond. Après une réunion avec MM. Marjolin et Mojon, on décida qu'une opération devait être pratiquée. Elle fut confiée à M. Lisfranc, qui fit la résection d'un polype fibreux, aussi volumineux que le poing d'un adulte, et s'implantant à la partie supérieure et postérieure du col utérin. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse.

La première menstruation survint à l'époque accoutumée, sans être précédée, accompagnée, ni suivie de ces violentes douleurs névralgiques que cette dame avait endurées pendant vingt-cinq mois. Depuis, elles ne se sont pas reproduites, et la santé est

aussi bonne que le comporte la constitution de la malade; néaumoins elle conserve quelque tendance à manger du charbon. (*Annales méd.-psychologiques*, mai 1845.)

NITRATE DE POTASSE (*Un mot sur l'emploi et le mode d'action du*) *dans les inflammations et particulièrement dans le rhumatisme.* Nous avons sous les yeux un travail fort intéressant de M. le docteur Selade sur le nitrate de potasse, qui vient confirmer ce que nous savons sur l'action de ce médicament, et particulièrement ce qui a été dit par MM. le professeur Forget, Martin Solon et Desportes dans ce Journal (*Voy.* t. 15 et t. 26.)— Depuis quelques années, on a remis en usage dans la thérapeutique, le nitrate de potasse à haute dose dans les maladies inflammatoires, surtout dans le rhumatisme articulaire. Ce médicament est déjà fort ancien, puisque Richard Brocklesby, en 1764, le recommandait à la dose de 10 à 12 gros par jour, dans le traitement du rhumatisme aigu; il poussa même la dose jusqu'à deux onces par jour. Il le donnait aussi dans l'angine catarrhale et tonsillaire, dans le rhume aigu, dans les fièvres inflammatoires, dans la blennorrhagie. Mais ceux qui le remirent en vogue, toujours comme un antiphlogistique puissant, furent Angelo Sala et le chancelier Bacon. Rush l'employa dans la phthisie, Artburg dans l'aphonie, Magbride dans le rhume et les fièvres inflammatoires, Lobenstein-Lobel dans les névralgies, Nape dans les exanthèmes aigus. Stahl, Dikson et Giblous en ont retiré de précieux résultats dans toute espèce d'hémorrhagies, et Laënneo dans l'hémoptysie.—D'après l'opinion des anciens et des auteurs modernes, on est en droit de conclure que le nitrate de potasse est un hyposthénisant par excellence. M. Selade a expérimenté soixante-douze fois ce médicament, et, après avoir scrupuleusement observé son mode d'action, il est convaincu qu'il est un des plus puissants antiphlogistiques à opposer aux affections inflammatoires. Les premiers effets qu'il a notés après l'emploi du nitrate de potasse dans les maladies inflammatoires aiguës sont, le premier ou le second jour, la diminution de la fréquence du pouls et l'abaissement de la chaleur animale; les effets secondaires, qui se déclarent d'autant moins vite que l'inflammation est plus forte, consistent dans une augmentation secrétoire des appareils urinaires et cutanés. Quelquefois, mais rarement, il y a aussi des selles. M. Selade pense que le véritable mode d'action de ce remède a lieu directement sur le sang, dont il diminue la quantité de fibrine, qui est augmentée, comme on le sait, dans les inflammations; il modifie aussi la qualité de cette fibrine et augmente le sérum. Par son emploi, le sang devient moins excitant, moins animalisé, plus diffluent.

La dose du nitrate de potasse doit varier suivant plusieurs circonstances que le praticien appréciera, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, le degré de la maladie, etc. Dans les inflammations aiguës et chez l'adulte, M. Selade débute ordinairement par 16 grammes. Le lendemain, il porte la dose à 24 grammes, et le surlendemain à 32 grammes. Il continue la même dose pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la période d'acuité ait perdu son intensité; alors, il diminue la dose pour la donner à 24 grammes, et enfin à 16 grammes. Lorsque l'organe enflammé est trop congestionné, ou bien que le malade est trop pléthorique, il fait une ou deux saignées le premier jour pour aider l'action du médicament. Dans les inflammations subaiguës, M. Selade commence par 8 grammes le premier jour, donnant les jours suivants 16 grammes, pendant plus ou moins longtemps, d'après les différents cas. Il administre les hautes doses de ce sel dans un litre de limonade.—M. Selade reconnaît au nitre de grands avantages; il peut être employé chez les enfants, les femmes, les vieillards et les personnes faibles, chez lesquels l'emploi de fortes déplétions sanguines pourrait produire des inconvénients graves; de plus, on peut recommencer le traitement, lorsqu'il y a récidive, et lorsque les malades se trouvent dans une position débilitante; enfin, en activant les sécrétions, il détermine l'afflux des fluides vers la peau, ce qui dégage le viscère hypérémié. Un dernier et important résultat encore, c'est que les convalescences sont moins longues que lorsque les sujets ont été soumis aux émissions sanguines.—Le nitrate de potasse n'a jamais amené aucun accident entre les mains de M. Selade, quoiqu'il l'ait administré quelque-

fois à la dose de 200 et même 240 grammes, dans le cours d'une maladie.

Les affections pour lesquelles M. Selade a fait usage de ce sel, sont les rhumatismes articulaires et musculaires aigus, la bronchite, les hémorrhagies inflammatoires, la blennorrhagie à la période aiguë, la pneumonie et le typhus compliqué d'une inflammation viscérale ou d'une réaction trop forte au commencement de la maladie. Mais parmi ces affections, celle pour laquelle il a reconnu au nitre la plus grande efficacité, c'est le rhumatisme articulaire aigu. Dans son mémoire, M. Selade ne rapporte en détail que cinq observations de maladies traitées par le nitre; elles ont pour objet : 1° une pneumonie à droite ; 2° une pneumonie double; 3° une bronchite suraiguë; 4° un rhumatisme aigu; 5° une métrorrhagie liée à une inflammation de la matrice. Ces observations sont trop étendues pour que nous puissions en rapporter aucune; nous dirons seulement un mot du rhumatisme articulaire. Le sujet qui l'a présenté était un homme de trente-six ans. Les deux genoux, les deux épaules et les deux pieds étaient horriblement douloureux : il y avait une forte fièvre ; la peau était chaude et sèche; le pouls, petit, accéléré, donnait 155 par minute. — 16 grammes de nitrate de potasse et un bain tiède. Le lendemain, mieux. — Même traitement. — Le troisième jour, 16 grammes de nitre; point de bain. — Quatrième jour, douleurs bien moindres: 95 pulsations. Même traitement. Le huitième jour, le malade entrait en convalescence. Dès la veille, on avait supprimé le nitre. La guérison complète fut prompte. (*Arch. de la méd. belge*, mars 1845.)

ŒDÈME DE LA GLOTTE (*Cas heureux de trachéotomie pour un*). Un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Gabalda, a publié un cas curieux de trachéotomie suivie de guérison, que nous devons résumer dans ses principales circonstances. Un maçon, âgé de 18 ans, traité à l'hôpital du Midi depuis le 1er février pour une balano-posthite ulcéreuse, fut pris, le 23 mars, d'une esquinancie qui prit inopinément, le 27, une gravité singulière. A la gêne de la déglutition vint se joindre de la dyspnée, bientôt de l'orthopnée, l'inspiration était sifflante, la parole éteinte, embarrassée. L'inspection du fond de la gorge ne pouvait rendre compte de ces symptômes; les amygdales n'étaient que légèrement tuméfiées et seulement un peu rouges, comme le pharynx et l'isthme du gosier. Mais le doigt porté dans le pharynx on trouvait en arrière de la base de la langue, au niveau des ligaments et des replis aryténo-épiglottiques, une tumeur molle cédant à la pression. La suffocation devenant de plus en plus imminente, M. Ricord fut mandé auprès du malade et se hâta, pour sauver la vie du sujet, de lui pratiquer la trachéotomie. Dans ce moment le malade avait la face violacée, les extrémités froides, le pouls très-fréquent, très-petit, les pupilles énormément dilatées. L'incision a été faite sur la membrane crico-thyroïdienne et sur le cartilage cricoïde. L'opération a été habilement exécutée et heureusement terminée. Les lèvres de la plaie ont été tenues écartées au moyen d'agrafes en fil de fer recourbées en crochet et fixées par un ruban de fil derrière le cou. La respiration s'est établie sans difficulté par l'ouverture faite à la trachée. Une heure après l'opération le malade dormait paisiblement. Trois heures après on appliqua douze sangsues au cou, six de chaque côté au niveau des jugulaires; le pouls s'était relevé, il était plein et large. Il n'y a pas eu d'accident consécutif important. Le 29 les crochets qui tenaient la plaie ouverte sont retirés, et l'on place une canule dans la trachée. Dans les trois jours qui suivent, la tumeur qui obstruait l'ouverture supérieure du larynx diminue de volume et la respiration commence à s'établir par les voies naturelles. Le 4 avril cette tumeur n'avait qu'un très-petit volume et n'était qu'un obstacle très-faible à la respiration, puisque ce jour-là on retira la canule. Le 10 avril le malade était parfaitement rétabli et la plaie du cou presque entièrement fermée. (*Gazette des hôp.*, avril 1845.)

OPHTHALMIES (*De l'emploi du cerfeuil dans le traitement des*). Le cerfeuil (*scandix cœrefolium*, de Linné) n'est pas un remède employé nouvellement dans les ophthalmies, puisqu'il était prescrit par Demours, dès 1762. Plus récemment, M. Chabrely, de Bordeaux, et M. Florent-Cunier, de Bruxelles, ont ramené l'attention sur cet agent, auquel ils ont

reconnu des avantages. Un ophthalmologiste distingué, M. le docteur Charles Deval, vient à son tour recommander ce moyen, qu'il a expérimenté sur plus de soixante malades. Le fait suivant vint lui démontrer, par hasard, que cet agent ne méritait pas l'oubli dans lequel le laissent les ophthalmologistes. Le 6 juin 1844, il fut consulté pour une jeune fille de dix ans, atteinte d'une ophthalmie intense de l'œil droit, avec sécrétion muqueuse épaisse, phlyctènes garnissant le cercle scléro-kératique, photophobie et larmoiement. M. Deval prescrivit 12 sangsues derrière l'oreille droite, un purgatif avec 60 grammes de manne pour le lendemain, et des frictions trois fois le jour, sur le front et la tempe, avec gros comme une noisette de la pommade suivante : onguent napolitain, 20 grammes; extrait de belladone, 4 grammes; des bains de pieds et un régime convenable. Deux jours après, le 8 juin, l'amélioration était sensible. Le 10, il y eut une recrudescence qui nécessita une nouvelle émission sanguine; il y eut encore un peu d'amélioration, mais les choses revinrent à leur état primitif. Une leçon de musique trop prolongée détermina une ophthalmie bien plus intense que la première fois. M. Deval conseilla une médication plus énergique; mais rien de tout ce qu'il avait prescrit ne fut exécuté, et, malgré cela, quand il revit la malade, vingt-quatre heures après, les atroces douleurs qu'elle éprouvait étaient calmées, et tout se bornait à une conjonctivite assez faible. Voici ce qui était arrivé : les avis d'une commère, chose si fréquente dans la pratique, l'avaient emporté sur ceux de l'homme de l'art. Depuis la veille, trois heures après midi jusqu'à six heures du lendemain matin, des cataplasmes de cerfeuil avaient été constamment maintenus sur les paupières de l'œil phlogosé: l'herbe cuite pendant dix minutes ou un quart d'heure étant placée à nu sur ces parties; de plus, depuis le matin jusqu'à trois heures du soir, l'organe avait été soumis à de nombreuses lotions avec une décoction concentrée de cerfeuil. Ce traitement si simple et à la portée de tout le monde, fit donc seul les frais de cette cure rapide.

Depuis cette époque, M. Deval a employé le cerfeuil comme nous venons de l'indiquer, chez plus de soixante malades. Dans son mémoire, il rapporte huit observations détaillées dont l'analyse n'apprendrait rien de nouveau.

Bien que M. Deval ait retiré de bons services du cerfeuil chez quelques adultes, il faut ajouter toutefois, que c'est notamment chez les jeunes sujets affectés d'ophthalmie dite *scrofuleuse*, et avec blépharospasme, qu'il l'a employé plus communément. Outre des propriétés résolutives bien manifestes, le cerfeuil lui a paru avoir pour qualité éminente d'apporter une prompte sédation à la rétine atteinte d'un surcroît d'irritation. Mais il ne se borne pas à l'application seule de cette ombellifère, soit en cataplasmes, soit en fomentations, bien que l'observation que nous avons rapportée démontre qu'elle pourrait probablement suffire dans bien des cas. Les émissions sanguines, les mercuriaux, la belladone, les révulsifs, et surtout les révulsifs cutanés, jouissent d'une puissance trop bien constatée dans les phlegmasies ophthalmiques, pour qu'ils puissent être négligés par les praticiens. C'est donc à titre de remède auxiliaire que M. Deval a, nombre de fois, invoqué le cerfeuil, et il n'a presque constamment eu qu'à s'en louer. (*Annales d'oculistique*, février 1845).

OREILLONS (*Sur un cas de métastase des*) *sur les testicules*. Tous les auteurs ont noté la disposition à la métastase des inflammations de la parotide connues sous le nom d'oreillons, et particulièrement l'inflammation sympathique des testicules à laquelle ils donnent lieu. Nous avons mentionné dans le temps, t. 3, p. 353, une épidémie d'oreillons qui eut lieu, particulièrement chez les enfants, à Châteauroux. A la suite d'une impression de froid il n'était pas rare d'observer chez ces petits malades la disparition de la tuméfaction du tissu qui revêt la parotide, et aussitôt l'un ou l'autre testicule se prenait et s'enflammait. Un exemple de ce genre a été récemment observé à l'Hôtel-Dieu. Après quatre ou cinq jours de nausées, de céphalalgie et de fièvre, le sujet, serrurier, âgé de 38 ans, éprouva le 7 ou 8 janvier dernier un gonflement très-douloureux des deux parotides. Ce gonflement dura quatre ou cinq jours et disparut tout à coup dans la nuit du 11 au 12 janvier; en même temps le testicule droit se trouva

gonflé et douloureux. La tunique vaginale contenait une petite quantité de sérosité, la peau du scrotum était rougeâtre mais non enflammée : plus de gonflement de la parotide. On appliqua des cataplasmes sur le testicule, et comme les symptômes d'embarras gastrique persistaient, que la langue était sale, qu'il y avait inappétence et nausées, un vomitif avec 1 gram. 50 centig. d'ipéca, puis le lendemain un purgatif avec 15 gram. d'huile de ricin, amenèrent une prompte amélioration. La douleur du testicule diminua rapidement; au bout de deux jours elle avait disparu ainsi que le gonflement. Le malade n'ayant plus eu aucun retour d'accidents, sortit parfaitement guéri de l'Hôtel-Dieu, le 18 janvier. (*Journal de médecine*, mai 1845.)

PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, *ayant déterminé la mélancolie et des idées de suicide.* L'observation suivante, publiée par M. le docteur Baret, mérite le reproche qu'on peut adresser à un très-grand nombre de celles qui ont été publiées dans ces derniers temps, et avec lesquelles on a fait des livres très-retentissants. C'est, qu'on nous passe cette expression, l'absence du corps du délit. Des individus perdent involontairement une matière qu'ils croient être du sperme ; ils se troublent, ils s'inquiètent, ils ont lu des tableaux effrayants des ravages occasionnés par cette maladie, et, sous cette impression véritablement terrible, ils deviennent la proie d'accidents nerveux variés, qui ne manquent pas à la longue d'amener des lésions organiques. Rien là que de très-naturel ; mais faut-il rapporter ces désordres à une spermatorrhée réelle, ou ne sont-ils que la conséquence d'un trouble nerveux engendré par l'inquiétude ? Beaucoup de bons esprits adoptent aujourd'hui cette dernière opinion en considérant, 1° que la perte involontaire du sperme n'est pas physiologiquement prouvée ; 2° que sa sécrétion continue n'est pas même irrévocablement démontrée ; 3° que, dans la plupart des observations qui servent de base à la théorie de la spermatorrhée, l'analyse chimique et l'examen microscopique du sperme, ce que nous appelons le corps du délit, n'ont pas été faits.

C'est donc avec une certaine réserve que nous accueillons le fait suivant :

Un lithographe, âgé de vingt-deux ans, se plaignait de violentes palpitations qu'il attribuait à un anévrysme dont l'examen ne donnait cependant aucun signe. L'usage du fer et de la digitale, l'application d'un large séton sur la région précordiale, n'avaient produit aucun amendement. Soupçonnant une cause nerveuse, M. Baret demanda au malade s'il ne se masturbait pas. Réponse négative, mais confidence d'une perte fréquente, presque toutes les nuits, d'une certaine quantité de semence, sans désirs, sans sensations voluptueuses et et surtout sans érection. Le lendemain, mélancolie, découragement ; et tristesse telle que, plusieurs fois, des idées de suicide s'étalent présentées. Du reste, jusqu'alors le malade s'était abstenu de masturbation et de coït. Verge longue et étroite, testicules d'un volume normal. Courbure prononcée mais uniforme de la colonne vertébrale. Extrémités inférieures grêles et sèches, mais n'ayant rien perdu de leur sensibilité. Point de barbe, point d'animation dans la physionomie, sur laquelle même regnait une certaine hébétude ; débilité extrême de tout le corps. Les bains froids, les frictions ammoniacales sur la moelle épinière et le périnée, une nourriture animalisée, de nouvelles doses de lactate de fer, le massage, des lavements froids et térébenthinés, le coucher sur le crin, tous ces moyens, successivement employés, ne purent diminuer les pertes nocturnes. Pendant ces divers traitements, les palpitations redoublaient d'intensité, et la langueur augmentait. Avant d'en venir à la cantérisation préconisée en cas pareil, M. Baret voulut essayer les cantharides et la noix vomique. Après un mois de l'administration de ces diverses substances, devant s'adresser, l'une à la vessie, l'autre à la moelle épinière, le malade avoua ressentir quelques érections, et, de plus, certaines sensations qu'il ne pouvait encore définir. Mais, dès cet instant, les palpitations s'évanouirent, le corps prit de la vigueur et de l'embonpoint; des idées de joie succédèrent aux idées de tristesse, et la guérison fut confirmée par un mariage qu'il contracta une année après, et duquel il eut des enfants. (*Ann. médic.-psycholog.*, mai 1845.)

PNEUMONIE (*Note sur le siége de la*). L'école anatomo-pathologique, malgré ses minutieuses et patientes recherches, est loin d'avoir décidé toutes les questions qui sont du pur domaine de l'observation directe et du scalpel. Et, par exemple, quel est le siége anatomique d'une des maladies les plus fréquentes et les mieux étudiées, de la pneumonie? Autant d'opinions que de pathologistes. L'hépatisation du poumon résulte-t-elle de l'existence dans l'intérieur des vésicules d'une matière plastique qui y aurait été sécrétée à l'état solide, ou qui, déposée à l'état liquide, s'y serait coagulée? Doit-on admettre que cette hépatisation résulte de l'épaississement des parois vésiculaires qui oblitèrent la cavité des vésicules, lesquelles restent vides; ou bien faut-il croire que la pneumonie n'est autre chose que le phlegmon du tissu cellulaire du poumon, avec des lésions variables des bronches et des vésicules? Voici un anatomo-pathologiste distingué, M. le docteur Prus, qui en vient à reconnaître que, pour résoudre ces questions, il ne suffit pas de tenir compte, comme on s'est borné à le faire, des faits fournis par l'inspection anatomique, mais qu'il faut étudier en même temps l'expectoration dans les trois périodes de la maladie, et qu'il faut s'aider de toutes les données acquises par l'étude de la marche, des terminaisons et des suites de la pneumonie. En suivant cette marche, M. Prus a été conduit à admettre que la pneumonie n'est que le phlegmon du tissu cellulaire du poumon.

Si, dit-il, pendant la période d'hépatisation rouge, les vésicules contenaient une matière solide, les secousses de la toux devraient expulser de petits corpuscules arrondis, ce qui est contraire à l'observation journalière. La chose aurait nécessairement lieu quand la pneumonie au deuxième degré passant à la résolution, les corpuscules contenus dans les vésicules seraient en partie résorbés; devenus plus petits, ils s'échapperaient par les bronches, et on verrait alors dans le crachoir une multitude de corps rouges qui trancheraient sur les crachats devenus muqueux et blanchâtres. Rien de semblable n'a lieu. Si la pneumonie n'était qu'un engorgement sanguin de la muqueuse vésiculaire, ce ne serait qu'une affection catarrhale. Le passage d'un lobe ou d'un poumon à l'état solide ne peut s'expliquer par l'épaississement des parois vésiculaires. D'ailleurs l'hépatisation tend à passer promptement à la suppuration. Or, les membranes muqueuses ne passent que bien difficilement à la suppuration. Ce n'est donc pas la muqueuse vésiculaire qui peut rendre compte de la suppuration si abondante qu'offre le poumon au troisième degré de la pneumonie.

Ces exclusions faites, M. Prus établit par les lésions et les symptômes des périodes de la pneumonie que son siége est dans le tissu cellulaire du poumon, avec des lésions variables des bronches et des vésicules.

Et d'abord, dès le début de l'affection, lorsqu'il n'existe encore que des prodromes, le malade sent qu'il est atteint d'une maladie grave, tout travail soutenu est interrompu, ce qui n'a pas lieu dans la bronchite. Où donc est contenue cette quantité souvent considérable de sérosité sanguinolente que fait couler l'incision d'un poumon engoué? Ce n'est pas dans les vésicules; car dans les premiers temps de la pneumonie, au lieu de crachats nuls ou très-visqueux, le malade devrait rendre une quantité de crachats très-séreux, très-fluides. Ce n'est pas dans les vaisseaux sanguins, car le sang, dans la pneumonie, loin d'être séreux, est plus riche en fibrine, est plus plastique. C'est donc dans le tissu cellulaire intervésiculaire qu'est répandue cette sérosité sanguinolente dont la quantité étonne souvent l'observateur.

La sérosité sanguinolente, qui remplit et distend le tissu cellulaire du poumon pendant la période d'engouement, perd peu à peu de sa fluidité. Elle devient bientôt plus dense, plus plastique, enfin elle se coagule. Affaissant, comprimant les vésicules et les plus petites bronches, elle chasse le peu d'air et de liquide que celles-ci contenaient encore. Si on incise alors le poumon passé à l'état d'hépatisation rouge, il ne s'écoule qu'une très-petite quantité de sang. La surface de la portion incisée offre un tissu dense, homogène, friable, dans lequel on ne peut reconnaître qu'avec peine les ramuscules bronchiques et quelques vaisseaux sanguins. Autour de la partie pneumonisée existe souvent un œdème qui s'étend plus ou moins loin. Qui ne voit une analogie frappante entre cet œdème autour du phlegmon pulmo-

naire et l'œdème qu'on constate si fréquemment autour des phlegmons des autres parties du corps?

Le traitement, ajoute M. Prus, on l'a dit avec raison, est souvent le meilleur moyen pour reconnaître la nature d'une maladie. Cet adage médical trouve ici une utile application. Quel est le but qu'on se propose par le traitement de la pneumonie? C'est de faire avorter l'inflammation, c'est d'empêcher autant que possible la suppuration. N'est-ce pas là l'explication toute naturelle du succès des saignées répétées au début de la maladie? (*Revue médicale*, avril 1845.)

RECTOCÈLE VAGINAL (*Observation de cas de*). Jusqu'à ce jour il existe dans la science un très-petit nombre de cas bien observés de la disposition morbide dont il s'agit : il est donc intéressant de recueillir les faits capables d'éclairer le point de pathologie sur lequel M. Malgaigne a appelé dans ce journal l'attention des praticiens d'une manière spéciale (Voyez tom. XVI, pag. 25). Nous rappellerons en outre qu'à la page 180 du même tome, on peut lire une observation de rectocèle vaginal publiée par le docteur Thiaudière qui confirme les vues émises dans le travail de M. Malgaigne : c'est dans un pareil but que nous publions aujourd'hui le fait suivant, communiqué par le docteur Léon Nolé. — *Obs.* Une femme enceinte, âgée de 42 ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, habituellement bien portante, ressentit, peu de temps après son accouchement, une douleur vive dans la hanche gauche; il s'y joignit bientôt des tiraillements pénibles dans la région lombo-sacrée, une pesanteur presque continuelle sur le périnée, et de la constipation : cet état affectait vivement la malade, qui éprouvait de la difficulté à se livrer à ses occupations ordinaires. Trois semaines plus tard il y avait impossibilité de faire le moindre travail; les plus légers mouvements du corps s'accompagnaient de tiraillements douloureux dans la région sacro-coccygienne; ces tiraillements retentissaient jusque vers les épaules, la poitrine, le ventre et les cuisses; en outre, sommeil agité, appétit nul, constipation opiniâtre, et par moments il survenait des crises nerveuses très-violentes. Ces accidents mirent la femme Boyer dans la presque impossibilité de continuer à nourrir son enfant, la sécrétion laiteuse ne s'opérant plus que très-imparfaitement. Les choses restèrent dans le même état pendant plusieurs mois, au bout desquels la femme Boyer tomba dans un profond chagrin, forcée qu'elle était de s'interdire tout travail. Toutes les fois qu'elle quittait le lit, elle entendait, disait-elle, *une sorte de petit bruit de soupape*, du côté des parties génitales ; de suite alors elle ressentait tous les symptômes déjà indiqués, et de plus des envies fréquentes d'aller à la garde-robe toujours sans résultat; aussi ne rendait-elle que de loin en loin quelques matières fort dures. L'examen démontra pour toute lésion à laquelle on pût rationnellement rattacher ces accidents, l'existence, en arrière de la vulve, d'une tumeur grosse comme un œuf formée par la partie inférieure de la cloison recto-vaginale projetée vers la partie antérieure de l'orifice du conduit vulvo-utérin; il existait en cet endroit un véritable cul-de-sac : l'examen de l'utérus ne laissa aucun doute sur l'intégrité de cet organe. Convaincu que cette disposition morbide ne pourrait disparaître par guérison spontanée, M. Nolé conseilla des bains et des injections avec une décoction d'écorce de chêne dans le but de resserrer la cloison recto-vaginale. Plus tard les crises nerveuses devinrent presque continuelles et les facultés intellectuelles de la femme Boyer s'altérèrent à un tel point, qu'un matin, s'étant échappée de sa maison sous prétexte d'aller satisfaire un besoin pressant, elle alla se noyer. — Le désordre mental offert par la femme Boyer fut-il le résultat direct de la lésion organique dont elle était atteinte? ou bien celle-ci n'en a-t-elle été que la cause occasionnelle? nous croyons devoir nous en référer à cette dernière interprétation, d'autant mieux que M. Nolé nous apprend que le frère et la sœur de la malade furent aussi atteints de folie. Quant au moyen de prévenir la triste influence que le rectocèle semble avoir exercée sur la destinée de cette malheureuse femme, nous regrettons qu'il n'ait pas été au pouvoir de notre confrère d'y recourir : ce moyen, c'est le pessaire en sablier imaginé dans ce but par M. Malgaigne lui-même, qui l'appliqua avec succès dans un cas qui n'est pas sans analogie avec celui que nous venons de rapporter; pour plus de détails à cet égard nous renvoyons

à la page 32 du 15e volume du *Bulletin de thérapeutique* déjà cité. (*Jour. des Conn. méd. chirurg.*, janv. 1845.)

RÉTENTION D'URINE *traitée avec succès par le seigle ergoté.* Aux faits que nous avons rapportés pour montrer l'action spéciale du seigle ergoté sur la vessie, et l'utilité de ce remède dans la rétention d'urine surtout chez les vieillards, nous ajouterons le suivant, recueilli par le docteur Ross, d'Édimbourg; Un vieillard de soixante-douze ans est pris tout à coup, le 31 décembre 1841, de rétention d'urine. Les douleurs sont très-fortes et durent trois jours malgré l'emploi des émollients; l'urine coule goutte à goutte. Le 30 seulement, la sonde amène une immense quantité d'urine. Il fallut dès ce moment avoir recours plusieurs fois par jour à la sonde pour vider la vessie; cela eut lieu jusqu'au 2 mars suivant. Les urines étaient restées troubles, brunes comme contenant du sang. Le 2 mars, on eut recours au seigle ergoté, donné à la dose de 50 centigram. chaque matin dans une tasse d'eau tiède, et qu'on éleva successivement à 65 centigr., à 1 gramme, et à 1 gram. 25 centigr. Trois jours après qu'on eut atteint cette dernière dose, il survint une grande irritabilité de la vessie, avec besoin fréquent qu'elle fût évacuée; sentiment de pincement dans l'hypogastre, et augmentation dans la quantité du liquide. Le lendemain il s'écoula un peu d'urine par le canal, et on continua à la fois le cathétérisme et le seigle ergoté. Chaque jour dès lors il s'écoule un peu d'urine par le canal, surtout le matin, et plutôt sous l'influence d'une légère fraîcheur que dans une chambre fortement chauffée. La quantité d'urine rendue de cette manière alla graduellement en augmentant, en sorte qu'à la fin de mars, elle s'élevait déjà à environ la moitié de la totalité. A partir de cette époque, on ne donna plus le seigle ergoté que tous les deux ou trois jours à la dose de 2 grammes; et sous l'influence de cette médication, le malade avait recouvré, le 1er mai, la facilité d'uriner aussi complète qu'avant sa maladie. Il abandonna le cathéter, et depuis ce jour il n'a plus eu besoin d'y recourir. M. le docteur Ross, qui n'a du reste employé ce moyen que dans cette occasion, pense que c'est surtout dans les cas de paralysie de la vessie chez les vieillards, et spécialement à la suite de la distension de cet organe, que l'on devra en attendre les résultats les plus heureux. (*Lond. and Edimb. J. of med. sc.* et *Gaz. méd.*, avril 1845.)

TARTRE STIBIÉ, *son action sur les capillaires sanguins et le sang.* M. le docteur Marchal de Calvi signale une action remarquable qu'aurait le tartre stibié à haute dose sur le sang, et recommanderait cette médication aux chirurgiens contre les grandes inflammations, en présence desquelles ils se trouvent si souvent placés. Si vous faites, dit ce confrère, une application de sangsues chez un individu auquel vous avez administré l'émétique à haute dose, les piqûres ne donnent presque pas de sang. Si les sangsues ont été appliquées avant l'administration, le sang des piqûres devient bientôt séreux. Cette observation peut être facilement vérifiée. C'est la mère d'un jeune enfant auquel M. Marchal avait prescrit une application de sangsues au cou, après plusieurs doses de tartre stibié, qui l'a mis sur la voie de ces remarques. Elle avait été alarmée de voir le sang, qui dans une précédente occasion s'était conservé rouge après plusieurs poses de sangsues, devenir cette fois si promptement aqueux. (*Gazette des hôpitaux*, avril 1845.)

TUMEUR ÉRECTILE *de la paupière, guérie par l'inoculation avec l'huile de croton tiglium.* C'est à notre collaborateur M. le docteur Lafargue de Saint-Émilion qu'est dû le procédé au moyen duquel M. le docteur Ure, chirurgien au dispensaire de Westminster, a guéri en peu de temps une tumeur érectile de la grosseur d'une petite pièce de monnaie, que portait une fille de trois ans et demi à l'angle interne de la paupière droite. Deux inoculations d'huile de croton, à une semaine d'intervalle l'une de l'autre, ont suffi pour faire prompte justice de ce nævus. La ponction a été faite chaque fois à plusieurs reprises dans la tumeur, avec une aiguille à cataracte trempée dans l'huile de croton. L'inflammation pustuleuse que ces inoculations ont produite, a complétement détruit la tumeur. Aujourd'hui il reste à peine un point noir près de l'angle de la paupière.—Nous devons rappeler, à cette occasion, qu'il a été

aussi proposé dans le même but l'inoculation du virus vaccin sur les tumeurs érectiles, avant toutefois que l'enfant ne fût vacciné. Voyez t. 23, p. 449. (*London med. Gazet.*, mars 1845.)

VARIÉTÉS.

Le médecin appelé à la suite d'un duel peut-il et doit-il se prêter aux informations judiciaires ? Telle est la question qui s'est présentée dans une de nos colonies, à la Guadeloupe, au mois de janvier dernier, et plus récemment, au mois d'avril, à Bruxelles ; et c'est avec satisfaction que nous avons vu M. le docteur Saint-Pair, à la Guadeloupe, et M. le docteur Seutin, à Bruxelles, comprenant de la même manière les droits et les devoirs de notre profession, refuser à la justice toute déclaration tendant à trahir un secret qu'ils n'avaient été appelés à connaître qu'en qualité de médecins. Un duel a eu lieu à la Pointe-à-Pitre, un des combattants a été frappé d'une balle ; pour échapper aux recherches de la justice, il se fait transporter dans un autre domicile que le sien. C'est là que M. Saint-Pair est appelé pour le soigner. Quelques jours après, ce confrère est appelé par le juge d'instruction, qui lui pose une série de questions. M. Saint-Pair décline sa qualité de témoin ; il répond que n'ayant vu le blessé qu'en qualité de médecin, il ne pouvait divulguer une confidence qui lui avait été faite dans l'exercice de ses fonctions ; il refuse tout éclaircissement. Par suite de ce refus, une ordonnance rendue par le juge d'instruction condamne M. Saint-Pair à 150 francs d'amende. C'est contre cette fausse application qui lui a été faite de la loi que ce médecin s'est pourvu en cassation. La Cour suprême ne peut sanctionner la doctrine du juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre. Le duel ne saurait être compris dans les cas où la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs. S'il est une circonstance où la législation doit laisser à la conscience éclairée du citoyen et à son libre arbitre l'accomplissement de ce devoir, c'est sans contredit le cas de duel.

M. Seutin a renouvelé en Belgique cet acte de dignité et d'indépendance. Appelé le 11 avril devant le tribunal correctionnel de Bruxelles, il déclare qu'il a été mandé chez M. le marquis de Chasteleer ; mais comme c'était en qualité de médecin, il croit ne devoir rien révéler de ce qui s'est passé ; il pense que l'article 378 du Code pénal lui donne le droit de se taire et lui en fait même un devoir. Il persiste dans son refus malgré toutes les invitations du tribunal ; et, sur l'observation du président qu'il y a une loi de 1818 qui lui fait un devoir de révéler ce qu'il

sait, M. Seutin répond : « C'est possible. Il y a en France un règlement analogue; cependant après l'échauffourée des 5 et 6 juin 1832, les médecins de Paris, invités par l'autorité à dénoncer les blessés, s'y sont refusés d'un commun accord. C'est un exemple que je suivrai toujours. » Le tribunal décide qu'il sera passé outre ; il autorise M. Seutin à se retirer. Malheureusement le tribunal n'a pas jugé l'incident; une décision judiciaire eût été désirable.

—*Les pharmaciens de Lyon contre les hospices de cette ville.*— Les pharmaciens de Lyon poursuivent depuis plusieurs années la répression d'un abus qui lèse gravement leurs intérêts. C'est la vente des médicaments au public par les pharmacies des hospices. Une décision ministérielle du 31 janvier 1840 avait consacré leurs droits ; mais elle n'a eu aucun résultat, sans doute par l'influence de l'administration des hôpitaux de Lyon. Les pharmaciens ont attaqué les hospices devant le tribunal civil; et, le croirait-on? ils ont été déboutés de leur demande et condamnés aux dépens. Maintenant ils ont fait appel en Cour royale. Cette cause intéresse tous les pharmaciens des villes de France où le même abus peut exister ou se propager. Le préjugé favorable qui existe dans certaines localités pour les médicaments des hospices et l'influence qu'ont su prendre les sœurs de la Charité, rendraient la concurrence très-dommageable aux pharmaciens de la ville.

—*Promotions médicales dans l'ordre de la Légion-d'Honneur.* —Une assez nombreuse promotion de médecins dans l'ordre de la Légion-d'Honneur a eu lieu à l'occasion du 1er mai. Nous nous en félicitons, car pour tous les services que notre honorable profession rend à la société, il n'est que cette récompense honorifique qui puisse nous revenir. Ont été nommés : *commandeurs*, MM. Dumas et Flourens ; *officiers*, MM. Adelon, Caventon et Lordat, professeur et non pas doyen, comme on l'a dit, de la Faculté de Montpellier ; *chevaliers*, MM. Ehrmann, professeur à la Faculté de Strasbourg ; Senac, directeur de l'École de médecine de Lyon ; Brulatour, *id.* de Bordeaux ; Sené, *id.* de Dijon ; Guépin, *id.* d'Angers ; Fabre, rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux ; Amussat, Hyp. Larrey, Cerise, Descuret, Alp. Robert, Denouvilliers, Dizé, Vernois, Gouraud, Tanquerel-Desplanches, Becquerel, Mateucci, Fiard, H. Roger, Lemaistre-Florian, Lacauchie, Gelez, à Douai ; Juriani, à Bastia.

—*Relevé des suicides qui ont eu lieu en France pendant l'année* 1843. — D'après les relevés officiels, il y a eu en France, pendant l'année 1843, 3,020 suicides, sur lesquels le département de la Seine en a fourni 551, presque le cinquième ; Seine-et-Oise, 113 ; Seine-Infé-

rieure, 112 ; la Marne, 101 ; le Nord, 89 ; l'Aisne, 78 ; Seine-et-Marne et l'Oise, 75 ; la Somme, 71. On compte seulement 13 suicides dans l'Hérault, 12 dans la Haute-Garonne, 23 dans le Gard, 26 dans la Gironde, 30 dans l'Isère, 44 dans le Rhône. Le moyen le plus habituel est la submersion : 1,098 individus ont eu recours à ce moyen ; 954 à la strangulation ou suspension ; 450 à des armes à feu ; 206 se sont asphyxiés par le charbon. Le quart de ces suicidés ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. Sur le nombre des suicidés, on compte 729 femmes, presque le quart ; on remarque 15 enfants de moins de 16 ans, 20 octogénaires, 170 septuagénaires, 384 sexagénaires.

— *Mort de M. Breschet.* — M. Breschet, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, a succombé le 11 mai à la suite d'une maladie longue et cruelle ; ses obsèques ont eu lieu avec une grande pompe. Le corps, suivi de la Faculté presque tout entière, de plusieurs membres de l'Institut, de beaucoup de médecins et d'élèves, a été transporté au cimetière du père Lachaise. Des discours ont été prononcés par MM. Andral, au nom de l'Institut ; Pariset, au nom de l'Académie ; Cruveilhier, au nom de la Faculté ; Ferrus, au nom des amis de M. Breschet ; et un interne, M. Demarquay, au nom de ses élèves.

—*Concours en médecine pour le bureau central des hôpitaux.*— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux a lieu en ce moment. Les juges sont : MM. Puche, Magendie, Bazin, Voisin, Roux et Gerdy ; suppléants : MM. Lelut et P. Dubois. Les concurrents, au nombre de 26, sont : MM. Barthez, Blandet, Dumas, Poumet, Oulmont, Gueneau de Mussy, Becquerel, Boudet, Gouraud, Tanquerel, Pidoux, Raciborski, Bouley-Fleury, Fauvel, Moissenet, Taupin, Lambert, Burghières, Cazalis, Leger, Legendre, Laurence, Sanson.

—*Commission médicale des hôpitaux.*—La commission médicale des hôpitaux de Paris, qui est chargée pour 1845 de recevoir et de rédiger les réclamations à faire par les médecins dans l'intérêt de leur service, est composée de MM. Beau, Delasiauve, Ferrus, Huguier, Malgaigne, J. Pelletan et Souheiran.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

SUR LES SYMPTÔMES ET LA MARCHE DE LA PELLAGRE.

Au moment où une maladie des plus graves, jusqu'ici presque inconnue parmi nous, la pellagre, semble se multiplier sur plusieurs points de notre territoire, et devient pour les médecins, pour les corps savants et pour l'administration elle-même le sujet d'une sérieuse et juste sollicitude, nous avons cru devoir à nos lecteurs une description exacte et sommaire tout à la fois des symptômes et de la marche de cette maladie nouvelle.

Il y a peu d'années encore, la pellagre était considérée comme un fléau particulier au nord de l'Italie; et lorsqu'un de nos compatriotes, M. le docteur Brière de Boismont, publia les recherches qu'il avait faites à Milan sur ce sujet, c'est à peine si quelques personnes attachèrent à son travail un intérêt de curiosité. Cette indifférence était d'autant plus malheureuse, qu'en ce moment même les médecins des Landes et de la Gironde rencontraient de toute part une maladie dont l'identité avec la pellagre de Lombardie, aujourd'hui bien constatée, avait été déjà entrevue et indiquée par quelques médecins de Bordeaux, MM. Dupuch-Lapointe, Bonnet et Gintrac; ces faits passaient encore inaperçus dans le monde médical, lorsqu'au mois de mai 1842, au sein même de notre capitale, dans un hôpital de Paris, un cas de pellagre bien caractérisée fut découvert par un jeune médecin, alors interne, M. le docteur Théophile Roussel. Ce fait, publié avec des commentaires capables d'en démontrer l'importance et de donner l'éveil aux observateurs, ne fut point perdu pour la science : l'année suivante, deux autres cas de pellagre furent signalés à Paris, et bientôt après un troisième dans le département de l'Allier. A cette époque, M. Léon Marchand vint rappeler l'attention de l'Académie de médecine sur la pellagre des Landes, et nous apprendre que cette maladie ne comptait pas moins de trois mille victimes dans la province visitée par lui. Les recherches de ce médecin, soumises au jugement d'une commission académique, ont été recemment (le 3 juin) l'objet d'un rapport de M. le docteur Jolly; l'Académie a témoigné par un vote unanime qu'elle comprenait toute la gravité de ce nouveau fléau du peuple des campagnes, et l'éveil a été donné par elle au gouvernement. Dans le même moment, et comme pour montrer mieux encore l'urgence d'une intervention puissante de la science et de l'autorité, de nouvelles

observations sont venues agrandir le domaine de la pellagre. Nous avons les premiers, dernièrement, dans ce recueil, signalé l'existence de cette maladie dans le département de la Haute-Garonne, où M. le docteur Calès l'observe depuis longues années, et où nous l'avons observée personnellement en 1843. Depuis la publication de ces faits dans le dernier numéro du *Bulletin*, des faits tout aussi graves se sont encore révélés : M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary, ville qui n'est qu'à quatre lieues de Villefranche, a publié une série d'observations qui prouvent que la pellagre est au moins aussi fréquente dans le département de l'Aude que dans celui de la Haute-Garonne. Nous ne savons pas ce que l'avenir tient en réserve et ce que nous apprendra une observation plus attentive faite dans d'autres provinces; mais en attendant, nous avons cru que c'était un devoir de la presse médicale, non-seulement de provoquer l'observation, mais encore de l'éclairer et de s'efforcer de lui fournir un guide. Pour les médecins, et surtout pour les praticiens des campagnes qui se trouvent en face d'un mal inconnu, sur lequel nos livres ne donnent que des renseignements incomplets, le premier besoin est de posséder une notion exacte et précise des caractères de ce mal, afin de pouvoir le distinguer dans sa marche insidieuse, et surtout dès ses débuts, où il se cache trop souvent sous des apparences trompeuses.

De quelle importance ne serait-il pas, au moment où le danger est enfin compris, que notre littérature médicale possédât un ouvrage sérieux et complet sur la pellagre ! C'est pourquoi nous avons appris avec satisfaction que M. Th. Roussel, qui a déjà donné le premier éveil à Paris, en 1842, a poursuivi depuis cette époque, et sans s'arrêter devant de nombreux obstacles, les études qu'il avait entreprises sur ce sujet, dont il a déjà publié quelques parties dans sa thèse, et qui seront exposées avec développement dans un ouvrage dont nous pouvons annoncer la publication prochaine. Dans les conjonctures présentes, pour fournir à nos lecteurs les moyens de reconnaître cette singulière et terrible maladie, nous ne pouvions mieux nous adresser qu'au confrère qui a étudié avec le plus de soin parmi nous la pellagre. C'est le précis intéressant que M. Roussel a bien voulu rédiger pour notre journal sur les symptômes et la marche de cette affection, que nous allons donner textuellement :

« Les erreurs nombreuses qui ont cours encore aujourd'hui sur la pellagre, le manque d'une description exacte de cette maladie, tiennent non-seulement à ce qu'on a toujours regardé celle-ci comme étrangère à notre pays et digne de peu d'attention, mais surtout à ce qu'on l'a considérée et décrite comme une maladie de la peau. Cette erreur

nosographique a été cause que les descriptions de la pellagre ont été reléguées dans les traités de dermatologie, et que les pathologistes ne s'en sont pas occupés; elle a été cause ensuite que dans les descriptions on s'est préoccupé de phénomènes purement secondaires, et qu'on a fait peu d'attention à ce qui constitue pour ainsi dire le fond même de la maladie.

« La pellagre est une maladie générale, une de ces maladies que les anciens nommaient *totius substantiæ*, et, s'il fallait lui trouver une place dans les cadres nosologiques, on devrait, avec Sauvage, la placer parmi les *cachexies*.

« Le nombre et la variété des symptômes de la pellagre ont obligé les auteurs à établir des divisions, afin de rendre la description de cette maladie claire et facile : on s'accorde généralement aujourd'hui à partager les symptômes pellagreux en deux groupes : les *symptômes externes* ou *cutanés*, qui peuvent manquer, qui sont les plus irréguliers et les plus inconstants, et les *symptômes internes*, qui se subdivisent eux-mêmes en deux groupes secondaires, selon qu'ils se rapportent à l'altération des *fonctions digestives* ou au *dérangement du système nerveux*. Les symptômes de ce groupe sont non-seulement les plus nombreux, mais ils sont les plus importants à étudier, et c'est toujours sur leur intensité que se mesure la gravité du mal.

« Les médecins italiens, que nous devons encore prendre pour guides, admettent aussi en général *trois périodes* dans la marche de la pellagre, et nous allons procéder à la description de la maladie en suivant cette division :

« Dans la *première période*, que l'on a nommée aussi *premier degré de la pellagre*, *pellagre commençante* (Frapolli), *pellagre légère* (Titius), *pellagre intermittente* (Strambio), les symptômes sont si vagues et si mal dessinés, qu'ils échappent très-facilement à l'attention du médecin et du malade lui-même. Ce début insidieux, qui s'explique très-bien par la manière dont la cause efficiente de la pellagre agit sur les individus, a laissé une grande incertitude sur l'ordre d'apparition des premiers phénomènes. Les uns prétendent que la maladie commence par une faiblesse graduelle et une indéfinissable mélancolie, jointe à quelques troubles nerveux légers. D'autres assurent qu'un peu de dérangement dans les digestions, de l'inappétence, de la pesanteur à l'estomac, de la sécheresse à la bouche, sont les véritables indices du danger; enfin, un grand nombre d'auteurs ont indiqué comme le moment du début l'*équinoxe du printemps*, époque où une *éruption érythémateuse* apparaît sur quelques points du tégument externe. Ce moment est en effet celui où la maladie devient ordi-

nairement sensible au malade et au médecin. Les pellagreux, qui, dans tous les pays, appartiennent à la classe la plus malheureuse de la société, ne s'adressent à la médecine que lorsque la souffrance les y contraint : ignorants, misérables, endurcis à la peine, ils ne s'étonnent et ne s'occupent du dérangement de leur santé que lorsqu'il vient troubler le cours de leurs travaux, et un grand nombre, surtout parmi les hommes, regardent l'*éruption cutanée* qui survient sous l'influence des premières chaleurs printanières, comme le début de leur maladie. Mais on ne saurait douter aujourd'hui que ce moment d'*éruption* n'ait été précédé d'un temps d'*incubation*, marqué soit par un affaiblissement croissant, soit par des dérangements variés des fonctions digestives ou du système nerveux. Nous allons maintenant décrire sommairement chaque groupe de phénomènes, en prenant notre point de départ au moment où l'érythème pellagreux apparaît.

« 1re *Période.* — Les caractères de l'éruption, à sa première apparition, sont les suivants : des plaques ou des taches d'un rouge tantôt rosé, tantôt sombre, disparaissant sous la pression du doigt, se montrent sur les points du tégument habituellement exposés au soleil, sur le dos des mains et des pieds, aux avant-bras, sur la région sternale, et parfois, mais rarement, sur le front, les joues, au pourtour des orbites. Cette éruption s'accompagne d'une cuisson plus ou moins intense à laquelle, d'après certains auteurs, se joignent d'assez vives démangeaisons, et que l'insolation exaspère considérablement. Quelquefois elle se couvre de vésicules ou de bulles contenant une sérosité qui forme de petites croûtes. En général, au bout d'un à deux mois de durée, l'épiderme des parties altérées se détache et tombe en lames furfuracées. Dans beaucoup de cas, il n'y a point d'érythème à proprement parler, mais la peau brunit, semble se dessécher, et subit une desquammation épidémique sans phénomènes phlegmasiques bien appréciables (Strambio).

« Tandis que le tégument externe s'affecte ainsi, les malades éprouvent en général une faiblesse et une répugnance au mouvement plus grandes que de coutume ; la tristesse se peint sur leur physionomie ; ils se plaignent de tintement d'oreilles et surtout de vertiges, et s'ils s'exposent beaucoup au soleil, ils peuvent éprouver des accidents nerveux encore plus intenses, et qui ressemblent à des phénomènes tétaniques.

« Quelquefois, au contraire, et particulièrement chez les individus qui se tiennent à l'abri du soleil, les phénomènes les plus notables sont, avec la faiblesse et les troubles digestifs que nous allons décrire, des douleurs le long du dos, au sacrum et aux extrémités.

« Les signes d'*irritation gastrique*, de *faiblesse de l'estomac*, que

la plupart des malades éprouvaient déjà avant l'arrivée du printemps, se prononcent aussi vers le moment de l'équinoxe. La langue est tantôt rouge, tantôt chargée et sale, tantôt excoriée et enflée. En même temps, il y a souvent des aphthes sur les lèvres et dans la bouche, avec une sensation d'ardeur ou d'*érosion* dans la gorge, qui se prolonge souvent jusqu'au cardia, avec une saveur amère ou salée, accompagnée de ptyalisme, d'inappétence ou de fausse faim, d'éructations, de nausées et quelquefois de vomissements, de constipation ou de diarrhée.

« Tous ces phénomènes s'atténuent le plus souvent vers le moment du solstice d'été et sous l'influence d'une alimentation devenue meilleure, à cause des légumes frais et de la viande que les paysans ajoutent en général à leurs aliments ordinaires pendant le temps des travaux de la campagne. Parfois il y a une recrudescence pendant l'automne, puis à l'arrivée des froids de l'hiver les phénomènes nerveux et les symptômes cutanés disparaissent tout à fait ; et c'est à cause de ces trêves apparentes et trompeuses, qui peuvent avoir lieu pendant plusieurs années, que Strambio donnait à la pellagre *commençante* le nom de pellagre *intermittente*.

« Quoi qu'il en soit, le printemps nouveau ramène avec lui le nombreux cortége de symptômes que le printemps précédent avait vus naître; et lorsque, après deux ou trois de ces retours, les symptômes se présentent avec plus d'intensité et obligent les malades à suspendre leurs travaux, on dit que la maladie est au second degré ou à la seconde période : c'est alors la pellagre *confirmée* de Frapolli, la pellagre *grave* de Titius, la pellagre *rémittente* de Strambio.

« 2e *Période*. — A cette époque l'éruption cutanée n'a presque jamais l'apparence érythémoïde ou érysipélateuse. Le plus souvent la peau est brunâtre, rugueuse et comme desséchée ; l'épiderme se soulève sous forme d'écailles plus ou moins larges qui laissent voir en tombant la peau luisante et d'un rouge livide. D'autres fois, au lieu de tomber, l'épiderme forme, autour des doigts en particulier, une sorte de gaîne épaisse qui a fait comparer la peau des mains à celle des pattes de l'oie (peau ansérine). Parfois, sous l'influence de l'insolation, la peau du dos des mains et de la région sternale se couvre de vésicules ou de pustules qui laissent après elles de véritables croûtes. Ce phénomène paraît être surtout très-marqué chez les pellagreux asturiens.

« Arrivées à ce degré, les altérations du tégument ne disparaissent plus complétement pendant l'hiver ; elles laissent des stigmates indélébiles que l'on a comparés à des cicatrices de brûlures.

« Dans cette seconde période les symptômes nerveux sont très-prononcés : une mélancolie profonde s'empare presque toujours des malades ;

les uns sont d'une tristesse muette effrayante à voir; d'autres gémissent sans cesse et se plaignent soit d'une faiblesse excessive, surtout des membres inférieurs, soit d'une ardeur brûlante aux extrémités, particulièrement aux pieds et pendant la nuit; un grand nombre sont sujets à la *diplopie;* ils éprouvent dans la tête des douleurs bizarres; les facultés intellectuelles se troublent et s'affaissent; la pensée du suicide vient souvent tourmenter ces malheureux; et on a remarqué tant en Italie et en Espagne que dans les Landes et la Haute-Garonne, que c'est surtout dans l'*eau* que les pellagreux sont poussés à chercher la mort.

« Les individus qui s'exposent au soleil éprouvent des convulsions, l'opisthotonos, et souvent ils succombent alors à des méningites violentes; mais les troubles nerveux les plus remarquables et les plus constants sont des phénomènes choréiques qui s'associent à la faiblesse croissante des membres, et impriment à la démarche des pellagreux un caractère chancelant et tremblant tout particulier, que Casal et Strambio ont très-bien décrit. Cette chorée se présente aussi dans les muscles de la tête, et l'on voit des pellagreux qui ont un mouvement continuel des mâchoires qui les fait ressembler à des ruminants; d'autres font sans cesse le mouvement d'un enfant qui tète, ou celui que l'on fait lorsqu'on goûte une liqueur. Ils sont tourmentés par des spasmes et des crampes, et des douleurs qui parcourent tout le corps et ressemblent à des douleurs rhumatismales.

« Les dérangements des fonctions digestives suivent une progression aussi marquée que les autres symptômes; ils concourent puissamment à l'amaigrissement des pellagreux, et à cet affaissement universel de l'organisme dans lequel ces malheureux finissent par tomber. Dans cette seconde période, c'est une diarrhée opiniâtre qui domine ordinairement les autres symptômes digestifs.

« A ce degré du mal, lors même que les phénomènes cutanés disparaissent pendant l'hiver, les autres symptômes, et particulièrement la faiblesse, la tristesse, les vertiges, le dévoiement, continuent de se montrer. Chez les femmes, les symptômes pellagreux s'accompagnent alors souvent de ceux de la chlorose; d'autres, au lieu d'être tourmentées par la leucorrhée ou l'aménorrhée, sont sujettes à des métrorrhagies fréquentes; l'avortement est aussi l'apanage du plus grand nombre. Dans cet état (1) cependant, beaucoup d'auteurs reconnaissent que la guérison pourrait encore être obtenue.

« 3e *Période.*—On a constitué un troisième degré ou troisième période

(1) D'après M. Calderini, le sang extrait par la saignée est noirâtre, fluide, et à peine voilé d'une légère couenne (*Annal. univ.*)

de la pellagre, en réunissant tous les symptômes graves qui montrent que la maladie est au-dessus des ressources de l'art et de l'hygiène, et qu'elle aura inévitablement et dans un temps peu éloigné une terminaison funeste. Rien n'est triste comme le tableau d'un pellagreux à ces époques avancées : beaucoup sont dégradés par la démence ou par une stupidité complète, et demeurent incapables de la moindre détermination raisonnée ; ils inspirent un involontaire dégoût à ceux qui les approchent ; leur face est jaune et terreuse, leurs traits souvent effilés ou tirés ; ceux qui sont jeunes portent sur leur physionomie l'empreinte de la vieillesse ; l'amaigrissement est souvent excessif ; on en voit cependant qui conservent jusqu'à la fin un embonpoint flasque et blafard, comme on l'observe chez les fous atteints de paralysie générale. Les émanations de leur corps, et particulièrement les sueurs, ont une fétidité particulière que Jansen comparait à l'odeur du pain moisi, et Strambio à l'odeur des larves de vers à soie à demi pourries dans l'eau.

« La langue est quelquefois sèche et fendillée, quelquefois noire ; d'autres fois la bouche est sans cesse remplie d'une salive abondante qui s'écoule involontairement ; le pouls est lent, misérable, souvent imperceptible ; les membres inférieurs, infiltrés, sont quelquefois complétement paralysés.

« Lorsque les lésions intérieures sont ainsi parvenues à leur plus haut degré, la peau peut présenter des caractères analogues à ceux de l'*ichthyose* ou de l'*éléphantiasis* ; l'épiderme, considérablement épaissi, forme autour des doigts une espèce d'étui brunâtre et desséché ; la peau est sillonnée assez souvent par des fissures, des crevasses et des ulcérations que la malpropreté envenime et rend hideuses à voir : c'est dans ces cas qu'on rencontre ces croûtes épaisses qui, suivant l'expression de M. Jourdan, ont une certaine ressemblance avec celles des lépreux. Quelquefois la peau prend une teinte presque noire, fait observé non-seulement par les Italiens, mais aussi par Casal, dans les Asturies.

« *Terminaisons*. Dans cet état, les malades ne tardent pas à succomber ; tantôt ils sont emportés par des maladies intercurrentes, tantôt par des phlegmasies diverses, et plus souvent par le typhus ou la phthisie tuberculeuse ; parfois il survient une dyssenterie mortelle, ou bien il se déclare un dévoiement séreux et très-abondant, que rien n'arrête jusqu'à la mort. Cette diarrhée incoercible coexiste avec un ensemble de symptômes qui témoignent de l'atteinte profonde que la pellagre a portée aux viscères digestifs, et surtout au foie ; c'est ainsi que tous les bons observateurs ont noté l'hydropisie ascite et l'hydropisie générale comme l'une des terminaisons les plus fréquentes de cette maladie ; d'autres fois on voit les malades dévorés par une fièvre lente que Strambio a bien

décrite, que rien n'explique, suivant cet auteur, et qu'on ne peut modérer jusqu'à l'agonie.

« Dans certaines conditions qui paraissent tenir aux localités, les symptômes du scorbut s'ajoutent à ceux de la pellagre, et accélèrent la fin des malades. Chez quelques individus, de préférence chez les jeunes, la maladie se termine au milieu de réactions plus énergiques de l'économie ; le délire, jusque-là intermittent, ne cesse plus. La fièvre s'allume, et le malade succombe avec ces symptômes que les anciens attribuaient aux fièvres nerveuses et ataxiques.

« La durée de la pellagre n'a rien de fixe ; elle est réglée par l'intensité d'action de la cause, c'est-à-dire de l'alimentation exclusive avec le maïs, dans des conditions que nous ne pouvons pas retracer ici. La première période, c'est-à-dire le temps où la maladie paraît intermittente, se prolonge pendant plusieurs années ; il en est de même de la pellagre *rémittente* que l'on a vue durer un très-grand nombre d'années ; M. Calderini parle de malheureux qui auraient vécu soixante ans au milieu des tourments physiques et de la dégradation morale qu'entraîne à sa suite l'incurable maladie que nous venons de faire connaître.

« Pour compléter ce tableau, nous aurions dû, ajoute M. Th. Roussel, décrire d'une manière particulière la *folie pellagreuse*, qui est le phénomène le plus grave de la maladie. Mais comme il s'agit seulement en ce moment de mettre les praticiens en état d'observer convenablement la pellagre, il suffit d'indiquer cette folie comme le terme auquel aboutissent fatalement tous les pellagreux qui ne sont pas emportés par une maladie accidentelle, et d'ajouter que cette folie est toujours incurable. »

NOTE SUR UN CAS D'OEDÈME DES NOUVEAU-NÉS, TRAITÉ ET GUÉRI PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES ; SUR UN AUTRE CAS OU CE TRAITEMENT N'A PAS EU DE SUCCÈS, ET SUR LE TRAITEMENT PAR LA CHALEUR ET L'ALIMENTATION.

Par M. VALLEIX, médecin des hôpitaux, etc.

Depuis l'époque où j'ai publié mes recherches sur l'œdème des nouveau-nés (*Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, pag. 601 et suiv.), il n'a paru, à ma connaissance, aucun travail spécial sur cette maladie. C'est une négligence regrettable, car, quelle que soit l'importance des travaux que nous possédons sur

ce sujet, il faut convenir qu'il reste encore beaucoup à faire, du moins sous le rapport de la thérapeutique. L'œdème des nouveau-nés est une affection dont la gravité est reconnue de tout le monde; elle est fréquente dans nos hospices. Trouver le meilleur moyen de traitement, ce serait donc bien mériter de l'humanité. Pourquoi apporte-t-on si peu de zèle dans des recherches si utiles?

Palletta fut le premier qui eut recours aux émissions sanguines dans le but de faire cesser la congestion du foie, qui, selon lui, est la cause de l'œdème des nouveau-nés. Quant à moi, je crois avoir démontré que cette cause ne se trouve pas dans une simple congestion du foie, mais bien dans une stase de la circulation, dans une congestion générale, et si j'ai eu recours au même moyen, c'est pour désemplir le système circulatoire, et pour faciliter la circulation empêchée par la surabondance du sang mal oxygéné. J'ai cité dans mes recherches deux cas de guérison rapide et complète par ce moyen, et deux cas d'amélioration notable, quoique passagère. Mais ces faits sont trop peu nombreux, je le reconnais moi-même, et c'est pourquoi j'ai fait un appel à l'observation sur ce point important; malheureusement cet appel n'a pas été entendu.

Dans cet état de choses, je dois donc m'empresser de publier un nouveau cas, où une évacuation sanguine a produit une guérison des plus rapides, ce qui engagera sans doute mes confrères à expérimenter de nouveau ce moyen.

Il y avait quinze jours à peine que j'étais chargé, à la direction des hôpitaux, de l'inspection des nourrices et des enfants qu'elles emportent, que j'avais déjà l'occasion de voir un nouveau-né œdématié. C'est l'observation de cet enfant que je vais rapidement présenter ici.

Obs. Le 12 novembre dernier, un enfant du sexe masculin fut apporté à la direction des nourrices pour y être visité avant d'aller en nourrice à la campagne. Cet enfant était d'une taille ordinaire, bien conformé, et avait toutes les apparences d'une forte constitution. Son corps était généralement coloré en rouge-brun très-foncé, et dans certains points, notamment à la face et aux extrémités, on voyait une teinte violacée tirant sur le bleu. Les mains étaient tellement œdématiées qu'elles avaient doublé d'épaisseur. Le dos des mains était fortement bombé, mou au toucher, et conservant pour un temps fort court l'empreinte du doigt, dont l'extrémité, à l'aide d'une pression médiocre, arrivait jusqu'aux os. Aux avant-bras l'œdème existait, quoique beaucoup moins notable. Les pieds présentaient une infiltration semblable à celle des mains, infiltration qui s'étendait, en diminuant, aux jambes et à la partie inférieure des cuisses. On n'en trouvait plus de traces à

la partie supérieure des membres inférieurs et à l'abdomen. Le cordon était flétri jusqu'à la base et encore adhérent.

Les mouvements étaient libres, quoique faibles et peu étendus. La respiration courte, avec un certain degré d'oppression, n'était cependant pas suspirieuse. Le cri était faible, aigu, plaintif et nullement en rapport avec la force apparente de l'enfant. Lorsque la nourrice lui introduisait le mamelon dans la bouche, il y avait quelques efforts de succion, mais faibles, incomplets et bientôt cessés. La bouche examinée ne présentait aucun signe de mauvaise conformation. Le ventre était à l'état normal. Le méconium avait été rendu; il n'y avait ni constipation, ni dévoiement. L'état du pouls et des battements du cœur ne fut pas constaté.

Il y avait de la tendance à l'assoupissement, et hors les moments où on l'excitait, l'enfant paraissait plongé dans une torpeur générale.

Je me bornai à prescrire l'application d'une sangsue à l'anus, recommandant d'arrêter le sang une heure après cette application, et de faire donner le sein à l'enfant dès qu'il paraîtrait le désirer.

Le lendemain, j'appris que peu de temps après l'application de la sangsue, qui avait bien pris, l'enfant avait commencé à faire des mouvements plus vifs et plus étendus; qu'il avait pris le sein et y était resté plus longtemps attaché; que, vers le soir, il avait montré plus d'activité, et que, dans la nuit, il avait à plusieurs reprises tété aussi bien que les enfants les mieux portants alors à la direction. Le matin, il était moins coloré; le rouge-brun existait seul; il n'y avait plus de lividité. Les mouvements étaient vifs; le cri beaucoup plus fort; la respiration complète et libre. L'œdème avait diminué partout à un degré notable; en un mot la santé paraissait parfaite. La nourrice, étant forcée de retourner dans son pays, emporta l'enfant le jour même.

Ce fait est si simple, la cause de l'œdème était si évidente, les résultats du traitement ont été si prompts et si marqués, qu'il est à peine nécessaire de faire quelques réflexions sur cette observation. La rougeur sombre uniformément répandue sur le corps, les plaques livides, la faiblesse apparente de l'enfant, sont des signes trop positifs d'une congestion veineuse générale, pour qu'ils aient pu échapper à personne. Que serait-il arrivé si, au lieu de désemplir le système veineux par une évacuation sanguine, on se fût contenté de réchauffer l'enfant, de lui prescrire des bains de vapeur, etc.? Les graves symptômes qu'il présentait se seraient-ils dissipés? C'est ce qui ne me paraît nullement probable. Je suis convaincu, au contraire, que la gêne de la respiration aurait fait des progrès; que l'hématose serait devenue de plus en plus incomplète; que, par suite, la stase du sang aurait augmenté; que l'œ-

dème se serait étendu ; que le refroidissement serait survenu, et que la mort, précipitée ou non par une complication, aurait terminé la scène, comme cela a lieu en pareil cas. En faut-il davantage pour faire sentir toute l'influence du traitement ?

Mais si les émissions sanguines ont d'aussi heureux effets dans les cas semblables au précédent, s'ensuit-il qu'elles doivent être recommandées dans tous ? Avant de répondre à cette question, il importe de rappeler quelques faits importants. L'œdème survient quelquefois chez des enfants très-faibles de constitution, surtout chez ceux qui ne sont pas venus à terme. Ici la stase veineuse provient du défaut primitif de l'hématose. Les enfants n'ont pas eu la force de respirer suffisamment. Le sang veineux dont l'enfant naissant est naturellement *injecté* n'a pas pu traverser librement les poumons ; de là tous les accidents. Il est bien évident qu'en pareil cas les émissions sanguines auront bien moins d'avantages, et qu'on devra s'attendre à les voir souvent manquer le but. Elles ne remédient pas à la faiblesse native. C'est en fortifiant l'enfant, en lui donnant de légers excitants, de faibles toniques, en le frictionnant, etc., qu'on remplira la principale indication thérapeutique. Mais même alors une émission sanguine très-modérée et pratiquée avec beaucoup de prudence ne sera pas inutile, car, en désemplissant les vaisseaux distendus, elle rendra la circulation plus facile. Dans les cas semblables à celui dont j'ai donné l'observation, les émissions sanguines sont le moyen principal ; dans ceux dont je viens de parler, elles ne sont plus qu'un moyen adjuvant : voilà la différence.

— Cette note était déjà rédigée et prête à paraître, lorsqu'un nouveau cas, traité de la même manière, mais sans succès, est venu me fournir matière à quelques nouvelles réflexions et retarder cette publication. Je n'ai point eu lieu d'être fâché de ce retard, car dans le dernier numéro des Archives de médecine, il a paru un article de M. Roger sur le traitement de l'œdème des nouveau-nés, qui peut également fournir matière à quelques considérations intéressantes. Ce sera donc un complément naturel à cette note que de rapporter les principaux points de l'histoire du second malade et d'examiner la thérapeutique proposée par M. Roger.

Obs. Un mois après environ que j'eus traité le premier enfant, il s'en présenta un autre dans les conditions suivantes : il était né depuis trois jours, du sexe masculin, jumeau, peu développé, faible, sans cependant être chétif comme le sont un grand nombre de jumeaux. Les symptômes les plus remarquables se montraient dans la couleur de la peau, dans l'infiltration médiocre des extrémités, dans le cri, la respiration et la circulation. Sa peau était d'un rouge foncé partout. Les

pieds étaient notablement tuméfiés, conservaient l'empreinte des doigts après une pression longtemps prolongée, et les jambes n'offraient qu'une résistance légère. Le dos des mains était également œdémateux, mais à un degré moins avancé que les pieds. Le cri était petit, faible, aigu. La respiration se faisait d'une manière incomplète, au moins dans le plus grand nombre des inspirations, qui étaient saccadées. Cependant on ne sentait pas à la main de diminution bien considérable de la chaleur, quoique l'enfant fût déshabillé depuis un peu de temps et n'eût pas été tenu près du feu ; ses mouvements présentaient encore assez de vivacité; il prenait le sein, quoique faiblement.

Son frère jumeau paraissait plus vigoureux, cependant il devait être considéré comme un enfant faible : la coloration de sa peau était d'un rouge foncé, un peu moins prononcé que chez le premier. Il tétait bien, et n'offrait pas de trace d'œdème.

La stase du sang, chez l'enfant œdémateux, ne pouvait paraître douteuse : je prescrivis, comme chez le premier, une sangsue à l'anus, et je recommandai de ne pas laisser le sang couler plus longtemps. Mais les forces ne se rétablirent pas ; la respiration resta gênée, l'enfant s'affaiblit, pâlit, se refroidit, et, au bout de deux jours, il succomba ou plutôt s'éteignit dans une immobilité presque complète. Ici évidemment le traitement n'a eu aucun effet utile, mais pourrait-on croire qu'il a eu un effet contraire? Une circonstance vient nous prouver qu'on ne saurait admettre cette dernière supposition. Le frère jumeau, qui se trouvait dans des conditions plus favorables, qui n'avait pas d'œdème, et chez lequel on n'appliqua pas de sangsues, ne tarda pas en effet à tomber dans un état d'abattement, de langueur, entièrement semblables à celui que je viens de décrire, et il s'éteignit de la même manière deux jours après, n'ayant pas présenté d'œdème.

Chez ces deux enfants il existait évidemment une faiblesse congénitale qui les a entraînés au tombeau ; et chez le premier l'œdème était une circonstance accessoire due à la stase du sang qui n'existait pas chez le premier. Si chez ce petit malade on avait pu avoir tous les soins hygiéniques que réclame cet état de faiblesse, il n'en eût pas moins fallu probablement avoir recours aux émissions sanguines, car on ne conçoit pas facilement que la circulation puisse s'établir avec une activité suffisante lorsqu'on n'a pas dégagé le système veineux où le sang se trouve accumulé en si grande quantité. Chez l'autre, au contraire, ces soins hygiéniques auraient probablement suffi, et en employant la chaleur et les fortifiants, on aurait pu lui conserver la vie. Malheureusement il est impossible, dans l'établissement des nourrices, d'avoir pour les enfants tous les soins nécessaires, car elles n'y sont qu'en pas

sage, et les parents ne pouvaient pas leur être d'un plus grand secours.

On voit, d'après ces considérations, combien j'avais raison de dire qu'il faut, dans l'appréciation du traitement, tenir compte de la différence des cas, et cette réflexion servira de transition naturelle à ce que nous avons à dire du mémoire de M. Roger. Poursuivant ses intéressantes recherches sur la température dans les maladies, M. Roger arrive à l'œdème des nouveau-nés, qu'il nomme œdème algide ; pour lui, le phénomène capital est l'abaissement si considérable de la température, qui a nécessairement frappé tous les observateurs. Aussi la conclusion thérapeutique est-elle que l'on doit principalement s'attacher à réveiller cette chaleur animale en joignant une assez riche alimentation aux moyens extérieurs, comme les bains de vapeur, les vêtements bien chauds, etc. M. Roger cite en effet les expériences de M. Chossat, qui prouvent que le défaut d'alimentation est une des causes les plus puissantes de l'abaissement de la température, *et vice versâ*.

Les observations et les réflexions de M. Roger sont d'une justesse incontestable; j'ai moi-même insisté beaucoup et sur ce symptôme si remarquable, le refroidissement, et sur l'insuffisance de l'alimentation presque dans tous les cas, ce qui tient à ce que les enfants n'ont pas la force de téter. Mais je crois que pour arriver à une thérapeutique complète, il faut nécessairement remonter plus haut et rechercher quelle est la cause réelle du refroidissement. Pour moi, il n'est pas douteux que, dans le plus grand nombre des cas du moins, le refroidissement, aussi bien que l'œdème, aussi bien que la difficulté de la déglutition, que tous les autres symptômes en un mot, ne dépendent de la gêne extrême de la circulation, due à la stase sanguine. Je sais bien, et je l'ai constaté moi-même avec soin, que la maladie se prodnit principalement dans la saison froide, et presque nniqnement chez des enfants qui ont pu subir l'influence du froid ; cependant personne ne peut admettre que c'est ce premier refroidissement continué qui constitue le refroidissement morbide observé par M. Roger comme par tous les auteurs qui l'ont précédé, mais avec beaucoup plus de soin. Il y a évidemment ici autre chose; il faut chercher la source de ce froid quelquefois glacial des membres dans nn état organique, et, je le répète, on ne la trouve que dans l'obstacle de la circulation. L'inanition y contribue sans doute, mais elle ne vient qu'en secoud ordre, puisqu'on voit l'œdème et le froid continuer chez des enfants à qui l'on a donné abondamment du lait.

De tout cela je conclus, non que le traitement proposé par M. Roger ne possède pas de grands avantages, mais que toutes les fois que la

stase du sang dépasse certaines limites, il faut nécessairement commencer par désemplir l'appareil circulatoire; sans cela on échoue presque certainement, comme on l'a fait dans tous les cas où l'œdème était un peu prononcé, et dans lesquels on s'est borné aux moyens de calorification mis ordinairement en usage et à l'alimentation. Il est des cas, et j'ai eu soin de le dire (*Cliniq. des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 661), si favorables, que le simple séjour dans une salle chaude guérit les enfants. On conçoit qu'à un degré encore plus avancé, les bains de vapeur, les frictions chaudes et sèches, etc., soient suffisants; mais lorsque l'œdème est bien établi, comme dans les cas guéris à l'aide de l'application des sangsues, on est infiniment moins sûr de réussir que par ce dernier moyen. Il est donc absolument nécessaire d'y recourir. Je n'ai pas, au reste, la prétention de m'attribuer l'honneur de ce traitement, déjà mis en usage par Paletta et plusieurs autres, et à l'aide duquel M. Mondière a guéri très-promptement un cas très-grave d'œdème des nouveau-nés. Je crois seulement avoir contribué à mettre hors de doute l'efficacité incontestable dans les cas où il peut être appliqué, c'est-à-dire dans les cas les plus ordinaires.

VALLEIX.

UN MOT SUR UNE MALADIE NON ENCORE DÉCRITE COMMUNIQUÉE A L'HOMME PAR LA CANNE DE PROVENCE.

L'article que M. Miquel a publié dans la dernière livraison éveillera certainement l'attention des praticiens sur la pellagre, maladie encore peu connue en France, et qui y existe peut-être dans des localités où elle n'a pas été signalée. Nous sommes encouragé par ce travail à parler d'une autre affection non décrite encore, que nous sachions, et qui est communiquée à l'homme par la canne de Provence. Plusieurs médecins ont pu l'examiner et être appelés comme nous à en combattre les terribles effets, car il ne se passe pas d'année qu'elle n'attaque parmi nous quelques familles.

Notre article a pour but de signaler l'altération de la canne de Provence, les dangers qui en résultent, et les moyens de les combattre.

Tous connaissent la canne de Provence ou roseau à quenouille (*arundo donax*), genre de plante de la famille naturelle des graminées, et de la triandrie digynie du système sexuel. Peu de botanistes, si ce n'est Loiseleur-Deslongchamps, ont bien décrit cette plante; encore ce dernier s'en occupe-t-il fort peu.

Les racines de ce roseau, qui se plaît dans les lieux humides et sa-

blonneux du midi de la France, et que l'on cultive en grand en Provence, sur les bords du Rhône et de la Durance, sont grosses, sinueuses, douées d'une saveur fade et sucrée, à laquelle on attribue des vertus diurétiques et emménagogues. Les femmes du peuple surtout croient y trouver un spécifique pour faire passer le lait des nouvelles accouchées et des nourrices qui cessent de donner le sein à leurs enfants.

Quoi qu'il en soit, leur usage est fort innocent. Lorsqu'au printemps elles jettent hors de terre leurs jeunes pousses, on peut en quelque sorte les manger en guise d'asperges. Elle se développent et montent ensuite rapidement sous forme de tiges tubéreuses, cylindriques, charnues, d'une longueur de sept à huit mètres, lesquelles sont creuses et traversées par un canal coupé par intervalles, à l'intérieur, par des cloisons qu'à l'extérieur on appelle nœuds, lesquels sont recouverts de feuilles caduques et minces qui servent, après les avoir fait dessécher au soleil, de fourrage et de litière aux chevaux, et que les gens pauvres emploient pour leur lit à la place des feuilles de maïs.

Si nous insistons sur l'*arundo donax*, c'est pour qu'on ne puisse pas le confondre avec d'autres roseaux, dont on compte environ cinquante espèces, et pour lesquels nous n'avons rien vu de particulier. Malheureusement n'ayant point écrit à mesure qu'elles se présentaient nos observations sur la maladie qu'engendre la canne, nous n'avons, pour tout ce que nous allons dire, que notre seule mémoire pour guide.

Tant que la canne est jeune, verte, sur plante, elle est inoffensive; elle l'est encore après sa récolte par l'intégrité de la surface jaunâtre, lisse et polie qui la caractérise. Mais quand, dans sa vieillesse, elle se désorganise et se couvre d'une poussière noire, espèce de pollen, alors les agriculteurs méridionaux la redoutent tout autant, pendant cette métamorphose, que les peuples de l'Amérique craignent le *rux toxicodendron*, auquel ils ont donné le nom de poison (*oak*), lequel n'est délétère que par ses émanations.

Malheur au cultivateur qui, par une journée de vent ou de soleil, aurait l'imprudence, pour ses usages domestiques, d'aller remuer, soulever, transporter ces cannes depuis longtemps abandonnées aux intempéries de l'air et des saisons ! c'en serait fait de lui peut-être s'il n'avait la précaution de se mettre un voile devant la figure; encore a-t-il de la peine à se garantir de cette poussière, à moins qu'il n'ait plu dans la nuit, l'expérience ayant prouvé aux gens de la campagne qu'il n'y a alors rien à craindre, le pollen se trouvant collé contre le roseau. Dans le cas contraire, voici ce qui se passe :

Environ vingt-quatre heures, plus ou moins, après cet attouchement, on voit se déclarer, chez l'individu, une fièvre qui exalte toutes les

fonctions de l'économie. L'estomac est tourmenté d'une violente cardialgie. La tête ressent de la pesanteur, quelquefois des vertiges. Un sentiment de chaleur et de cuisson se déclare sur toute la face ; les yeux et la bouche se gonflent, se tuméfient. Le volume de la tête s'accroît et devient monstrueux : je n'exagère rien. Peu à peu un exanthème apparaît sur le visage sous forme de vésicules et de pustules comme dans la brûlure ou l'érysipèle. Chez l'individu qui aura avalé de cette poussière jetée par le vent dans sa bouche, outre la toux, la dyspnée, les coliques, il y a une gastro-entérite avec déjections alvines et vomissements quelquefois assez considérables pour faire supposer un empoisonnement.

Mais le phénomène le plus remarquable est celui qui se passe aux parties génitales chez l'un et l'autre sexe : il règne sur ces organes une turgescence douloureuse, un raptus inflammatoire accompagné de fièvre érotique suivant l'expression de Lorry ; l'homme est comme tourmenté de satyriasis et la femme de nymphomanie.

Lorsque la maladie touche vers sa fin, l'éruption cutanée s'affaisse, se décolore, laisse voir des squames ou une poussière furfuracée qui se détache comme à la suite de certaines dermatoses. Nous n'avons pas souvenir que des cicatrices soient restées indélébiles. La peau est toujours revenue à son état normal après un certain laps de temps.

Ce fut en 1834 ou 1835 que nous eûmes l'occasion de voir pour la première fois cette bizarre maladie, dans une maison de campagne, où quatre personnes d'âge et de sexe différents en furent en même temps affectées. La tête était volumineuse comme dans une fluxion, la face méconnaissable et couverte de phlyctènes ; le pouls était des plus fréquents. Grande fut ma surprise en apprenant que les parties génitales étaient dans un état pareil à celui de la figure. Ma stupéfaction fut à son comble lorsqu'on m'assura que c'était la poussière des vieilles cannes qui avait produit tous ces désordres.

Frappé d'une découverte si extraordinaire et si nouvelle pour moi, je voulus voir et examiner les cannes fatales. Je pus me convaincre que pendant sa jeunesse la canne est ligneuse, fine, luisante, recouverte d'un vernis ou espèce d'émail qui la garantit des impressions atmosphériques ; mais que, dans sa vieillesse, lorsque cette espèce de périoste du roseau s'altère, son derme, sa chair, son tissu, se rongent, se nécrosent, se gangrènent pour ainsi dire, et alors apparaît cette poussière ou pollen dont l'émanation est si nuisible à la santé de l'homme.

Obs. I. Dans le courant d'un été pluvieux et chaud, le nommé Griot (Jean-Baptiste), dit Médecin, âgé de soixante-un ans, se laissa prendre, comme on dit, à la poussière des cannes. Il avait employé

toute sa journée à lier et transporter des fagots pour construire une haie en sebisse. Le soir, il eut toutes les peines du monde à atteindre sa demeure. La fièvre s'était emparée de lui. La face était animée, bouffie, couverte d'une grande quantité de boutons. Des coliques violentes le tourmentaient autant qu'une quinte de toux entretenue par des matières visqueuses qu'il ne pouvait expectorer. Mais le gros du mal s'était porté sur les organes de la génération. Pendant sept à huit jours ils furent le siége d'une tumeur considérable, d'une espèce de gangrène sénile. Il y eut érection, sécrétion involontaire du fluide spermatique. Le malheureux succomba en proie à cette souffrance atroce.

Obs. II. La nommée Marie A..., âgée de dix-neuf ans, ayant manié et brûlé pendant tout le jour de vieilles cannes noires pour couler une lessive, fut tourmentée d'une très-forte fièvre. Outre l'enflure et les vésicules érysipélateuses de la face, il y eut douleur et gonflement des organes sexuels. La jeune fille m'avoua y ressentir de la chaleur, de la démangeaison, un prurit insupportable, lequel, exaltant l'utérus, avait rappelé le flux menstruel supprimé depuis cinq à six jours.

Obs. III. La femme Crouzet, âgée d'environ quarante-huit ans, morte en 1843 d'une chute arrivée pendant une attaque d'épilepsie, avait été prise en 1838 par la poussière des cannes, poussée par le vent sous ses jupes. Rien ne manqua au cortége des symptômes déjà décrits : fièvre, exanthèmes de la face, éréthisme des parties génitales, plus, des convulsions formidables d'hystérie.

Obs. IV. Le nommé C. A., âgé d'environ quarante-six ans, employé à lier de vieilles cannes moisies par une journée chaude, accompagnée de vent du midi, se laissa surprendre par l'émanation des cannes. Le lendemain, fièvre, fatigue dans les membres, gonflement de la face et des organes génitaux, cardialgie, ramollissements, diarrhées, satyriasis, perte involontaire de semence.

Je me souviens avoir entendu raconter à mon père des observations semblables pendant que j'étais encore élève en médecine ; mais je n'ai pas eu le bonheur de profiter de ses lumières à ce sujet, la mort l'ayant trop tôt ravi à ma tendresse.

Nous avons aussi ouï dire à notre honorable confrère, M. le docteur Portalez, qui exerce encore à Barbantane, qu'il avait vu maintes personnes ayant des ulcérations à la face et du gonflement aux parties sexuelles par suite de la vieille poussière des cannes. Mais nous ignorons de quelles armes il s'est servi pour dissiper cette affection.

Nous savons aussi que quelques individus, momentanément défigurés et dans un état de priapisme par suite de ces attouchements, sont restés plusieurs jours chez eux pour se soustraire aux regards de leurs amis,

et sans même faire appeler un docteur. D'autres possèdent, dit-on, des arcanes qui les dispensent d'implorer les secours de la médecine.

On pourrait expérimenter si, mise en contact avec la peau, cette poussière agirait à la manière des caustiques et des tithymales, et donnerait lieu à des désordres pareils à ceux qui se manifestent chez les ouvriers employés à pulvériser l'euphorbe et l'ellébore, par exemple.

Le pollen des cannes, avalé à une certaine dose, doit procurer le narcotisme et la mort. Il serait facile d'essayer ce produit chez de jeunes chiens, et de rechercher en même temps l'antidote de ce poison.

Comment la canne acquiert-elle ce venin? Notre opinion est que cette poussière provient de quelque cryptogame qui se développe à sa surface; mais il nous serait impossible de désigner quelle est l'espèce de champignon vénéneux qui s'attache ainsi au roseau.

De même que l'ergot est une altération qui attaque le seigle au point d'occasionner de graves épidémies dont la première observation a été recueillie à la fin du quinzième siècle par Wendelin, médecin allemand, qui pensa que cette production est l'effet de piqûres d'insectes ou de petits vers, de même nous croyons que ce pollen de *l'arundo donax*, dont personne ne s'est encore occupé, n'est pas moins à craindre que l'ergotisme si bien observé par Schneider, Salesne, Read et autres. Il semble exister une analogie frappante entre le pollen de la canne et l'ergot du seigle. Ce sont deux altérations morbides sur deux végétaux de la même famille, et peut-être produites de la même manière et par la même cause, exerçant toutes deux leur influence sur les organes génitaux. Il règne là une sorte de confraternité dont nous ne pouvons nous rendre compte, et qu'il serait curieux de dévoiler... Si la mauvaise qualité du maïs, par un phénomène semblable, paraît n'être point étrangère à la production de la pellagre, nous ne craignons pas de dire que la poussière de la canne est l'essence de la maladie bizarre dont nous entretenons nos lecteurs, et qu'on pourrait appeler *donax satyriasis*.

Examinons maintenant quel est le traitement à employer contre cette affection. Manquant de données, égaré dans cette voie étrangère, et n'ayant jamais procédé que par tâtonnement, je m'adressai d'abord aux saignées, qui réussirent mal. Les applications de sangsues ne furent pas plus heureuses. Les bains tièdes sont les antiphlogistiques dont nous avons retiré le plus de succès. Les sudorifiques n'ont rien produit de bien remarquable, les antispasmodiques, le *nymphæa alba*, l'*agnus castus*, si vantés pour détruire l'effet aphrodisiaque, ne m'ont pas paru jouer un rôle bien important; j'en dirai autant des cataplasmes de lin ou de féeule de pomme de terre appliqués sur les éruptions de la

face et des parties génitales externes. Mais nous avons rencontré un moyen assez puissant dans l'emploi d'un liniment d'huile d'olive vierge camphrée, avec addition d'un gramme à deux grammes de laudanum liquide de Sydenham.

La boisson la plus favorable aux malades a été la limonade ou une solution de groseille.

Lorsqu'il a existé des symptômes de gastro-entérite avec toux, dyspnée, nausées, coliques, de manière à simuler un empoisonnement, le *sublatâ causâ* m'a tout naturellement conduit aux vomitifs et aux purgatifs. Le tartre stibié ou l'ipécacuanha pour favoriser le vomissement et débarrasser l'estomac de cette substance âcre, l'huile de ricin associée à l'huile d'amandes douces pour opérer l'expulsion des matières fécales, ont été les agents thérapeutiques, les antidotes les plus puissants pour triompher du mal.

Quelques personnes ont été prises d'un mal de gorge très-opiniâtre compliqué d'amygdalite et d'ulcération au pharynx : c'est encore sous la puissance des vomitifs que ces accidents se sont amendés.

Ayant signalé aux gens de l'art l'altération de la canne de Provence, la maladie qu'elle occasionne, le remède qui nous semble le mieux convenir, notre tâche est remplie, impuissant que nous sommes à pouvoir apprécier les effets toxiques et la valeur thérapeutique d'un produit encore inconnu, mais digne peut-être d'être étudié par les chimistes, les thérapeutes et aussi par les toxicologues.

A. Michel, D. M.
à Barbantane (Bouches-du-Rhône).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DU CORYZA AIGU PAR L'EMPLOI DE LA SOLUTION DE NITRATE D'ARGENT.

Par M. Teissier, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La méthode substitutive tend de plus en plus à occuper une large place dans la thérapeutique. Aujourd'hui ce n'est plus seulement dans les inflammations chroniques qu'on emploie des substances dites irritantes, dans le but d'amener la résolution du mal : il est un certain nombre d'affections regardées généralement comme franchement inflammatoires et aiguës, dans lesquelles on applique avec succès des exci-

tants locaux, lesquels sembleraient au premier abord, d'après les principes de la médecine physiologique, devoir augmenter la gravité de la phlegmasie, et qui, au contraire, lui impriment une marebe très-rapide vers la guérison. C'est ainsi que, d'après les eonseils de M. Bretonneau, on n'hésite pas à pratiquer des insufflations d'alun dans les eas d'angine aiguë; c'est ainsi qu'avee la solution de nitrate d'argent on peut faire avorter l'urétrite blennorrhagique (Débeney), l'ophthalmie, qu'on arrête souvent l'érysipèle en appliquant à son eentre un emplâtre vésicatoire, etc.

Trop longtemps on n'a vu dans les inflammations aiguës que la congestion sanguine, sans songer que eette eongestion n'est le plus souvent elle-même que l'effet d'un prineipe morbide qui la tient sous sa dépendanee. Aussi pour les eombattre, que faisait-on? On eherchait à diminuer l'afflux du sang par les émissions sanguines, les applications émollientes, la diète, etc.; là se bornait toute la thérapeutique. Mais il suffit de réfléchir un peu pour arriver à eette conclusion, que bien que les phlegmasies se ressemblent toutes par leurs phénomènes objectifs et subjeetifs, à savoir la rougeur, le gonflement, la douleur et la ehaleur, elles sont loin de se ressembler toutes par le principe qui les a causées, et que partant le traitement des inflammations doit moins consister dans l'emploi de moyens dirigés contre chacune des manifestations de la maladie, que dans l'emploi de remèdes propres à détruire le germe lui-même du mal, quand on peut l'atteindre. J'appliquerai ees considérations à un sujet bien petit en apparenee, que beaucoup de gens dédaigneront peut-être, parce que dans les hôpitaux il n'en est presque jamais question, mais que les pratieiens qui font de la médeeine en ville ne regarderont pas comme dénué de toute espèee d'importance : je veux parler du coryza aigu.

Le coryza aigu est une maladie peu grave, sans doute, du moins chez les adultes; ear chez les enfants nouveau-nés, à cause de la petitesse des fosses nasales, elle peut s'accompagner de symptômes extrêmement dangereux. Bien que sans gravité dans le plus grand nombre de cas, cette affeetion ne laisse pas que d'être très-pénible, d'abord parce qu'elle s'accompagne quelquefois de phénomènes très-fatigants, tels que violent mal de tête, perte de l'odorat, altération marquée du timbre de la voix, eourbature générale, communication de la phlegmasie à la gorge et au larynx, de manière à passer à l'état d'angine ou de laryngite, qui peuvent être difficiles à dissiper. Ajoutez à cela que le coryza aigu peut passer à l'état ehronique, et qu'alors il constitue une affection sinon sérieuse, du moins toujours incommode, dont beaucoup de malades sont tourmentés, qui peut dégénérer elle-même en une espèce d'ozène. On

s'habitue beaucoup trop à considérer le coryza aigu comme ne durant au plus que quinze jours. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui, toutes les fois qu'ils sont pris de cette affection, la conservent pendant un mois et plus encore, sans pouvoir s'en débarrasser.

C'est parce que je suis convaincu de ces choses, c'est parce que j'ai été tourmenté moi-même par des coryzas aigus qui se propageaient au bout de quelques jours aux replis aryténo-épiglottiques et aux cordes du larynx, de manière à m'occasionner une sensation on ne peut plus désagréable de chatouillement au gosier et un enrouement fort pénible, que je me suis appliqué à rechercher s'il n'y aurait pas des moyens propres à faire avorter à son début le coryza aigu, cette inflammation si superficielle qui débute presque toujours par la partie inférieure des fosses nasales avant de gagner les sinus frontaux.

Je n'ai pas tardé à me convaincre d'abord qu'aucun des moyens conseillés dans les livres contre le coryza aigu n'avait une grande efficacité, ni les onctions avec le suif ou l'huile d'amandes douces sur le front et sur les sinus frontaux, ni les fumigations émollientes, ni les aspirations de lait chaud, ni les poudres de gomme ou de guimauve, ni l'abstinence des boissons du docteur Williams, etc. : aucun de ces moyens ne m'a paru pouvoir enrayer la marche du coryza aigu. Aussi, en présence de ressources aussi pauvres, les médecins se contentent-ils le plus souvent de prescrire aux malades de se préserver du froid et de garder la chambre, si le mal est intense. Mon opinion formelle est que les onctions avec un corps gras sur le nez sont insignifiantes (1), et que les fumigations sont plus souvent nuisibles qu'utiles ; ces dernières augmentent la congestion et le gonflement de la membrane pituitaire.

Le traitement curatif du coryza ne consiste pas dans l'emploi de ces moyens, et pour le trouver il faut le chercher ailleurs que dans le cadre des substances dites adoucissantes et antiphlogistiques, et qu'on a l'habitude, à tort ou à raison, de considérer comme propres à diminuer l'afflux du sang et le gonflement, et à calmer la douleur. Le vé-

(1) Il est cependant une manière d'employer les corps gras qui peut être utile, c'est de les introduire dans les fosses nasales au lieu de pratiquer seulement des onctions à l'extérieur du nez. Je me suis assuré plusieurs fois qu'en enduisant la surface des fosses nasales avec du suif, de l'axonge très-fraîche, ou mieux encore avec un mélange d'huile d'amandes douces et de laudanum, on diminuerait l'intensité du coryza aigu. Cet effet se conçoit très-bien, le corps gras met la muqueuse enflammée à l'abri de l'irritation continuelle causée par l'air extérieur. Je sais que quelques médecins ont l'habitude d'employer de cette façon les corps gras, et je crois qu'ils ont raison.

ritable traitement consiste, je le dis tout de suite, dans l'emploi de la solution de nitrate d'argent appliquée localement sur la muqueuse des fosses nasales, suivant la manière et les précautions que je vais indiquer dans un instant.

C'est l'analogie et la considération de la nature du mal qui m'ont conduit à essayer l'emploi de cette solution. *L'analogie* d'abord : en effet, si le nitrate d'argent a pu être employé avec succès au début des urétrites et même au début de certaines conjonctivites aiguës, on est bien en droit de penser qu'il réussira mieux encore ou du moins aussi bien dans le coryza, qui a pour siége une membrane moins délicate et moins irritable. La *considération de la nature du mal* : le coryza est une inflammation, cela est vrai, et rien n'est plus incontestable, car il s'accompagne de douleurs souvent très-vives qui coexistent avec la tuméfaction et l'injection de la membrane pituitaire, et d'une sécrétion abondante de mucosités. Mais la phlegmasie est-elle toute dans le coryza ? Non, sans doute ; derrière les phénomènes que je viens de citer se cache un stimulant qui, pour être invisible, n'en existe pas moins ; c'est le *stimulus* particulier produit par l'air froid ou humide qui a occasionné le coryza. Ce stimulus est un germe morbide qui s'inocule dans la muqueuse olfactive, et c'est ce germe que, suivant moi, il faut détruire. Ce raisonnement pourra paraître singulier à quelques personnes, tant on est peu habitué à rechercher de nos jours la cause prochaine du mal, et tant on est disposé au contraire à ne tenir compte que des phénomènes. Mais il est facile de démontrer que les phlegmasies d'une même membrane sont loin d'être toutes semblables : pour ne pas sortir de notre sujet, n'est-il pas évident qu'une inflammation de la muqueuse nasale produite par l'air extérieur ou par le soleil de mars n'est pas la même maladie que l'inflammation de cette membrane produite par un agent chimique irritant ?

Voici quelques expériences bien simples qui le démontrent péremptoirement. J'ai plusieurs fois aspiré par les narines de l'eau tenant en dissolution du savon ; à la suite de ces aspirations, j'éprouvais un sentiment de chaleur assez prononcé, accompagné de chatouillement ; ces phénomènes étaient bientôt suivis d'une sécrétion assez abondante de mucosité transparente. Cet ensemble de symptômes qui constituait, on ne saurait le nier, une espèce de coryza aigu, durait environ une demi-heure, après quoi il se dissipait complétement. Beaucoup de personnes reproduisent journellement et d'une manière involontaire cette expérience en se faisant la barbe, et peuvent se convaincre de la vérité de ce que je viens d'avancer. Plusieurs fois aussi j'ai aspiré de l'eau tenant en dissolution de l'alun, dans la proportion d'un gramme sur 100 gram-

mes de liquide, et je me suis donné un coryza aigu assez intense, caractérisé surtout par des éternuements fréquents, par une abondante sécrétion de mucosité presque aqueuse, par de l'enchifrènement et même de la céphalalgie. Ce coryza n'a jamais duré plus de deux ou trois heures, après quoi il ne laissait plus aucune trace.

Enfin, toujours dans le but de connaître l'action de certains excitants locaux sur la membrane qui tapisse les fosses nasales, je me suis barbouillé, à plusieurs reprises différentes, la partie inférieure de cette membrane, dans l'étendue d'un demi-pouce, jusqu'au cornet inférieur, avec un bourdonnet de charpie trempée dans une solution assez forte de nitrate d'argent (un demi-gramme de sel pour 30 grammes d'eau) ; le premier effet a été un sentiment de sécheresse ; au bout d'une demi-heure, la sécheresse se dissipe, et il survient une sécrétion peu abondante de mucosité séreuse, beaucoup moins abondante que lorsqu'on se sert de la solution d'alun. Cette espèce de coryza n'a, comme les précédents, qu'une très-courte durée ; il m'a paru même durer moins que le précédent et être moins incommode. Au bout d'une heure ou deux tout au plus, il n'en reste pas le moindre vestige.

Il n'est pas douteux pour moi que les coryzas qui sont produits par des substances irritantes appliquées directement sur la partie inférieure des fosses nasales ne se dissipent beaucoup plus rapidement que les coryzas qui sont occasionnés par l'impression de l'air froid et humide, ou par le soleil du printemps. Dans ces cas, je le répète, il y a un germe morbide tout spécial qui entretient la phlegmasie de la muqueuse olfactive, et c'est à lui qu'il faut s'attaquer pour enrayer la maladie.

Aussi je pense que pour faire avorter un coryza aigu ordinaire, ou du moins pour l'empêcher de se prolonger pendant un mois et plus, comme cela arrive si souvent, il faut le transformer en un coryza d'une autre espèce, celui, par exemple, qui est produit par des irritants locaux dont on connaît l'action sur les membranes muqueuses, comme l'alun et le nitrate d'argent. Je donne la préférence au nitrate d'argent, parce qu'il modifie d'une manière plus énergique la muqueuse affectée, qu'il forme une petite couche blanchâtre qui la protége contre l'action de l'air extérieur; enfin et surtout parce que l'expérience m'a prouvé qu'il réussissait mieux.

L'emploi d'une solution de nitrate d'argent pour faire avorter le coryza aigu me paraît donc être une nouvelle application très-rationnelle d'un remède qui prend tous les jours plus d'extension, et dont on retire à chaque instant d'excellents résultats dans les affections aiguës ou chroniques des muqueuses de l'urètre, de l'œil, de la gorge, etc.

Il y a plus d'un an que je l'ai mis en usage pour la première fois,

avec un succès qui ne laissait rien à désirer ; mais, avant de le publier, j'ai voulu l'avoir souvent appliqué. Comme on le pense bien, je n'ai pas eu de peine à trouver l'occasion de répéter mon expérience ; aussi pourrais-je citer aujourd'hui un nombre compacte de faits pour mettre en évidence l'excellence du moyen que je préconise. Mais, comme vingt observations de coryza aigu à peu près semblables sous tous les points, et rangées les unes à la suite des autres, ne seraient que très-médiocrement intéressantes pour le lecteur, je me bornerai à en citer quelques-unes qui m'ont paru offrir des caractères évidents d'intensité et de ténacité.

En tête, je demande la permission de placer ma propre observation. A la suite d'une *grippe* que je contractai en 1842, et qui me rendit très-malade, je conservai une disposition à être pris fréquemment de coryza aigu ; chaque hiver j'en prenais au moins deux ou trois qui chacun duraient quinze ou vingt jours, et s'accompagnaient de violents maux de tête, d'enchifrènement prononcé, d'un nasonnement fatigant de la voix, de courbature générale, etc. ; et ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que le coryza, après avoir occupé la partie inférieure et antérieure des fosses nasales, gagnait la partie postérieure, s'étendait de là à la gorge et au larynx, amenait de l'enrouement, ou même une extinction complète de voix, symptômes fort ennuyeux pour un médecin. Pendant deux ans, pour me débarrasser de ces coryzas malencontreux, j'essayai tous les moyens qui sont vantés dans les livres ; ce fut en vain : toujours ils revenaient, et toujours ils avaient la même acuité. Les seules choses qui réussissaient à diminuer un peu l'intensité des symptômes, c'étaient les onctions d'huile d'amandes douces, non sur la face extérieure du nez, mais à l'intérieur, sur la muqueuse elle-même, et mieux encore les fumigations de vinaigre, moyen le plus injustement oublié de tous ceux qui ont été conseillés par les auteurs contre le coryza, mais qui cependant est loin d'avoir la même efficacité que les applications que je conseille dans cet article, bien qu'elles s'en rapprochent par leur mode d'action.

Je finis par comprendre que j'étais dans une fausse route, et que si je voulais faire avorter mes coryzas quand ils se manifesteraient, ce n'était pas aux substances adoucissantes qu'il fallait avoir recours, mais bien à quelque agent qui changeât la nature de l'irritation des fosses nasales dès son début. Je ne tardai pas à trouver l'occasion d'en avoir la preuve. Un nouveau coryza étant survenu, accompagné des symptômes les plus caractéristiques, je me barbouillai, dès les premiers moments de l'invasion, la partie intérieure des fosses nasales avec un bourdonnet de charpie trempé dans une solution de nitrate d'argent

ainsi composée : nitrate d'argent, un demi-gramme; eau, 30 grammes. L'opération fut très-rapide, cinq ou six secondes, pas davantage, pour chaque narine.

Ce que j'avais espéré arriva : sous l'influence du nitrate d'argent le coryza changea de nature, et il ne dura que quelques heures. Depuis cette époque, plus d'une année s'est écoulée; plusieurs fois j'ai ressenti des atteintes de coryza; mais dès que les symptômes précurseurs sc sont manifestés, je les ai arrêtés par le même moyen, et j'espère pouvoir me débarrasser ainsi de ces rhumes de cerveau fatigants qui mc duraient deux ou trois scmaines.

Deux de mes confrères de Lyon, très-connus des lecteurs dc cc journal, sc sont égalemcut débarrassés par le même moyen, que jc leur fis connaître, de coryzas très-aigus ct tenaces dont ils étaient souvent affectés. Ils ont été étonnés de la rapidité et de l'évidence avec lesquelles le résultat s'est manifesté toutes les fois qu'ils ont eu recours à cette expérience.

Il y a peu de jours qu'une demoiselle qui devait se marier le lendemain m'envoya chercher pour la guérir d'un violent coryza qui la fatiguait beaucoup, car il s'accompagnait d'une violente céphalalgie qui, suivant son expression, lui fendait le crânc. Elle craignait que ce coryza ne retardât de plusieurs jours les arrangements qui avaient été pris pour son mariage. Je lui touchai, le soir à cinq heures, la partie antérieure des fosses nasales avec un tampon trempé dans la solution ci-dessus formulée, et le lendemain matin, quand je retournai la voir, le coryza n'existait plus.

Enfin je citerai un dernier cas qui me paraît très-concluant. Au mois de novembre dernier, un jeune homme revenait par une nuit très-froide, tête nue, parce qu'il n'avait pas pu retrouver son chapeau, d'un bal offert par la ville dc Lyon à leurs A. R. le duc et la duchesse d'Aumale. Le lendcmain, ce jeune homme avait un coryza tellement intensc, qu'il ne pouvait presque plus ni parler, ni souffler. Je le rencontrai dans cet état, et comme il me témoignait vivement son déplaisir, parce que les coryzas, chez lui, toutes les fois qu'il en prenait, duraient au moins quatre semaines, et comme il se moquait de la médecine, parce qu'elle ne pouvait pas seulement, disait-il, guérir un rhume de cerveau, je lui dis que je connaissais un moyen qui le guérirait probablement en moins de 12 heures. Il voulut alors que je l'appliquasse immédiatement. Je ne l'appliquai cependant que le soir à dix heures, et le lendemain matin, quand il se réveilla, il fut tout étonné de pouvoir parler, respirer facilement, et de n'avoir plus de coryza. Il vint chez moi en toute hâte pour me remercier et me faire part de sa joic.

Je ne pense pas qu'il soit utile de citer un plus grand nombre d'observations : celles qui précèdent doivent suffire pour démontrer l'efficacité du moyen.

Indications et contre-indications. Il ne faut pas employer ce traitement contre toute espèce de coryza. Si l'on veut qu'il réussisse, il faut l'employer surtout dans le coryza idiopathique et parfaitement localisé, et non dans les cas de coryza symptomatique qu'on observe tous les jours dans la rougeole, la variole, la scarlatine, la grippe, la fièvre catarrhale, etc. Il est inutile d'insister sur ce point, tant il est évident. Une fois, je l'ai appliqué sur un de mes collègues, chez lequel l'inflammation occupait non-seulement la membrane muqueuse du nez, mais encore celle de la gorge et de voies aériennes, et j'ai complétement échoué, ce qu'il était facile de prévoir.

Mais toutes les fois qu'on a affaire à un coryza franc, sans complication d'angine ou de bronchite, il faut avoir recours à la solution de nitrate d'argent, si l'on tient à obtenir une guérison prompte.

Autant que possible, le remède sera mis en usage au début du mal, parce qu'alors il est habituellement borné à la partie inférieure et antérieure des fosses nasales, et qu'il ne dépasse pas les sinus frontaux. Quand il a envahi les fosses nasales postérieures, le succès est plus difficile ; mais alors on peut y aider en aspirant des vapeurs de vinaigre jeté sur des charbons ardents, ou sur une pelle rougie au feu. Ce procédé m'a très-bien réussi.

Règle générale, il vaut mieux appliquer le moyen que je propose le soir en se couchant et dans son lit qu'à toute autre heure de la journée, et cela pour plusieurs motifs : d'abord il est évident que si l'on s'expose à l'action de l'air extérieur immédiatement ou peu d'instants après avoir mis en contact la muqueuse nasale avec le nitrate d'argent, on risque d'annihiler complétement l'effet de cet agent. Ensuite, dans le décubitus dorsal, les mucosités nasales tombent dans le pharynx et ne viennent pas irriter les parties touchées par le nitrate d'argent, tandis que dans la position debout ou assise, l'écoulement d'une mucosité irritante continuant à se faire par devant, l'action utile du remède peut être empêchée. Enfin, dans le décubitus dorsal, la solution de nitrate d'argent tend à s'étendre dans les fosses nasales, tandis que dans la position debout elle ne peut dépasser la partie antérieure.

Mode d'administration. Rien n'est plus simple que la manière d'appliquer le remède, comme on a déjà pu s'en convaincre par la lecture des observations que j'ai citées. Il suffit de prendre un petit tampon de charpie fine, de le tremper dans une solution contenant 25 à 50 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau ; de l'exprimer

un peu, afin que le liquide ne tombe pas sur les lèvres (ce qui aurait l'inconvénient de les noircir), d'introduire ce bourdonnet ainsi mouillé et exprimé dans les fosses nasales, et de le promener pendant six ou huit secondes sur toute la partie antérieure et inférieure des fosses nasales.

Souvent une seule application suffit pour faire avorter le coryza ; mais quand on a affaire à un coryza intense et qui dure déjà depuis un certain nombre de jours, il peut être nécessaire de répéter l'application plusieurs jours de suite pour en obtenir un résultat complet.

On pourrait à la rigueur se servir du crayon de nitrate d'argent, mais je préfère le tampon imbibé d'une solution de ce sel, d'abord parce que le crayon, étant plus actif, détermine un sentiment de cuisson et de chatouillement assez vif, et que d'ailleurs le bourdonnet, remplissant la narine, se moule du premier coup sur toute la surface avec laquelle on veut mettre le remède en contact.

Objections. Le traitement que je propose, quelque simple qu'il soit, peut soulever deux objections auxquelles je tiens à répondre tout de suite. On peut me dire d'abord que le coryza étant une maladie qui souvent ne dure que douze ou vingt-quatre heures, il est inutile de faire aucun traitement actif, d'autant mieux qu'il doit être le plus souvent impossible de savoir si la disparition du coryza tient au remède ou à la marche naturelle du mal. A cela je répondrai : 1° que les personnes qui sont disposées à contracter des coryzas savent très-bien ordinairement quelle est leur durée habituelle, s'ils disparaissent d'eux-mêmes au bout de vingt-quatre heures, ou s'ils se prolongent pendant huit, quinze et même vingt jours ; 2° que tout naturellement il ne faut pas appliquer le nitrate d'argent aux coryzas qui rentrent dans la première catégorie, mais qu'il faut le réserver à ceux de la seconde, qui sont loin d'être rares. On m'objectera sans doute aussi que puisque le nitrate d'argent à une dose très-faible produit d'assez vives douleurs quand on le met en contact avec la muqueuse de l'urètre ou celle de l'œil, il doit également en produire quand on le met en contact avec la muqueuse du nez. Cette objection, qui probablement empêchera plus d'un médecin d'essayer le moyen que je conseille, parce qu'on ne se décide pas facilement, et avec raison, à employer des remèdes douloureux, ou même seulement désagréables, contre une indisposition aussi peu grave que le coryza, cette objection, dis-je, n'a pas le moindre fondement. Je puis affirmer qu'un bourdonnet de charpie trempé dans la solution de 25 centigrammes de nitrate d'argent et de 30 grammes d'eau, et introduit dans les fosses nasales, n'occasionne aucune douleur, pourvu qu'on ne s'approche pas trop des sinus frontaux. On peut donc l'employer sans aucune espèce d'inquiétude.

M. Cazenave, de Bordeaux, dans un excellent travail publié en 1835, avait déjà proposé l'emploi du nitrate d'argent contre le coryza chronique ; beaucoup de praticiens, après lui, se sont servis de ce moyen et en ont retiré d'excellents résultats ; mais je ne pense pas que personne ait jusqu'à ce jour proposé la solution de nitrate d'argent contre le coryza aigu. comme méthode abortive. J'insiste sur cette circonstance, afin que le lecteur comprenne bien que le but que nous avons cherché à atteindre, M. Cazenave et moi, diffère essentiellement ; que, dans la note que je publie aujourd'hui, il s'agit du traitement abortif du *coryza aigu*, tandis que dans le mémoire de notre habile confrère de Bordeaux il s'agit du *coryza chronique* et de l'*ozène non vénérien*.

TEISSIER.

DE LA CURE SPONTANÉE DES HERNIES INGUINALES ET CRURALES GANGRÉNÉES. — NOUVELLES OBSERVATIONS A CE SUJET.

(3e et dernier article.)

Les observations que je viens de citer, dans la clientèle de M. de Labruyère et la mienne propre, se rapportent à un espace de temps qui n'a fourni l'occasion que de trois observations de débridement, dont deux avec insuccès ; le premier, opéré avec gangrène et fort tard, succomba au commencement de l'opération ; le second, au bout d'un mois, à la suite d'abcès profonds dans tout le membre pelvien (la hernie était crurale) ; enfin l'observation de deux cas de hernie, l'une inguinale et l'autre crurale, suivies de mort, sans qu'il y ait eu débridement ni incision de la tumeur.

Le nombre de ces cas de hernies suivis d'accidents paraîtra minime au premier abord, car notre clientèle réunie représente une période de vingt années. Deux causes cependant peuvent en donner la raison. La première, c'est que quelques malades, dans les campagnes, succombent ou guérissent spontanément sans réclamer aucun secours ; la seconde, c'est la persistance que nous mettons à combattre les accidents d'étranglement par les émissions sanguines générales et locales, les bains prolongés, la syncope, les larges cataplasmes narcotiques, etc. ; persistance qui chez nous a été provoquée, d'un côté, par l'insuccès fréquent du débridement, et de l'autre par l'espoir si bien fondé de voir la hernie arrivée jusqu'à la gangrène guérir, dans les cas qui paraissaient d'abord les plus désespérés, par l'incision et l'évacuation.

Nous avouons que le précepte de débrider après vingt-quatre heures d'étranglement, aujourd'hui presque généralement adopté par les chirur-

giens, a dû donner une proportion de succès favorable à ce précepte quant aux résultats immédiats, mais nous avançons avec conviction que la proportion de mortalité serait moindre encore si, après l'emploi très-persévérant des moyens que nous avons indiqués, on abandonnait l'étranglement à lui-même jusqu'au moment, si le cas arrivait, où, ayant lieu de redouter une terminaison grave, on ouvrirait simplement la tumeur soupçonnée atteinte de sphacèle.

Malgré le précepte d'opérer de bonne heure le débridement des hernies étranglées, quelle est la proportion moyenne des succès? Si on tient compte de toutes les chances fâcheuses, celles qui résultent immédiatement de l'opération dans quelques cas, telles que la possibilité de l'ouverture de l'épigastrique, le fait d'adhérences assez avancées pour nécessiter une dissection périlleuse, la crainte de la lésion de l'intestin; et celles qui sont secondaires, telles que la péritonite, les abcès profonds, la continuation de l'étranglement par un second collet, etc., on peut, je crois, affirmer que la pratique ne compte guère que la moitié de succès sur un nombre donné. Cependant *toutes* les hernies que nous avons ouvertes ont permis aux malades de se rétablir ensuite sans incommodités, sans anus anormaux, sans même une fistule stercorale. Aucun malade n'a succombé! Il n'est pas possible que, quel que soit le petit nombre d'observations que nous venons de rapporter comme nous étant propres, ces faits ne saisissent pas l'attention du public médical.

Caffort a cité dans le temps un succès complet dans un cas de hernie étranglée qui, n'ayant pu être réduite, et laissant soupçonner la gangrène, fut ouverte largement par une large incision, et traitée ensuite par les laxatifs et la charpie appliquée à plat sur la plaie. Cette opération, qui n'avait pour but, dans les vues de l'auteur, que de donner une issne plus facile à la sortie des matières fécales, fut pourtant suivie d'un entier succès, et le malade, après 40 jours, était parfaitement rétabli, sans fistule stercorale.

M. le docteur Le Monnier, de Rennes, a fait connaître, dans le numéro de mars du *Bulletin de Thérapeutique*, une fort curieuse observation qui vient s'ajouter aux nôtres. Il s'agit d'une hernie crurale chez une demoiselle âgée de quarante-quatre ans. La hernie ne put être réduite. Après quelques jours, l'abcès stercoral s'abcéda et se vida; mais, chose singulière, ce n'est que trois semaines après l'ouverture qu'une portion de 16 centimètres du petit intestin fut expulsée! Cependant, malgré une maigreur extrême, des eschares considérables aux tubérosités sciatiques, malgré un état adynamique qui s'était prononcé de bonne heure, la malade, après trois mois de maladie, était parfaitement rétablie et dans un bon état de santé.

Ces faits si remarquables ne sont pas probablement très-rares ; il n'est pas de médecin bien occupé qui n'en ait peut-être observé quelques semblables, et il y a lieu d'espérer que, du jour où cet opuscule aura paru et réveillé l'attention des praticiens sur ce fait de la cure fréquente des hernies gangrénées par l'ouverture simple de la tumeur, un certain nombre d'observations se produira, et la province, la campagne surtout, en cela comme en quelques autres questions qu'elles ont tant contribué à éclairer, apporteront les matériaux les plus considérables.

Les clientèles dans les grandes villes, les services dans leurs hôpitaux, sont également peu propres à ce genre d'observations. Deux raisons s'y opposent : la première, c'est que les habitants des villes, plus éclairés, croyant fermement aux bienfaits de la médecine, en réclament les secours de bonne heure, bien avant que l'étranglement ait duré assez longtemps pour produire le sphacèle. La seconde, c'est que le médecin des grandes villes, plus strictement lié aux préceptes, à cause des facilités qu'il a pour leur mise à exécution, et sous le joug du contrôle qu'exerce toujours une nombreuse confraternité, opère toujours le débridement pendant les premiers jours, souvent même après les premières vingt-quatre heures.

Dans les campagnes, au contraire, les malades, par incurie et par une sorte de fatalisme, sont peu confiants dans les ressources de l'art ; ils n'appellent que lorsque la maladie a fait des progrès tels que l'opération est devenue inutile. Puis aussi l'absence de la plupart des choses nécessaires à une grande opération, jointe à l'impossibilité souvent absolue où se trouve le médecin de voir journellement son malade, fait qu'il est peu hâté d'y recourir.

Il résulte de là ce grand et triste avantage qu'a le médecin de campagne, c'est qu'il est placé dans des conditions exceptionnelles pour l'étude de la nature médicatrice livrée à ses propres efforts ; étude précieuse et d'une féconde importance pour les progrès de la pathologie. Qui nierait que là se trouvent la clef d'un grand nombre de travaux pratiques, et souvent le guide le plus sûr, le plus sage que puisse se donner le génie médical pour ses créations théoriques? Jusque dans ses écarts et ses erreurs cette clinique de l'organisme est précieuse en enseignements.

Maintenant, appuyé sur les observations qui précèdent, nous pouvons jeter un coup d'œil critique sur l'analyse des opinions que nous avons énumérées, et qui favorables à notre conviction, c'est-à-dire à l'inutilité d'un mode actif dans le traitement de la hernie gangrénée, n'en sont pas moins restées encore soumises à l'influence des anciennes pratiques, ce qui ne peut tenir qu'à la rareté des cas soumis à l'observation.

Cette vérité, comme nous l'avons dit, de la possibilité d'abord, puis de la fréquence de la guérison spontanée et radicale après le sphacèle intestinal, pressentie, puis hautement appréciée successivement par J. L. Petit, Desault, Richerand, Dupuytren, Scarpa, Richter, Travers, Lawrence, Cooper, Cayol, Velpeau, etc., n'a jamais été formulée de manière à prendre place comme vérité diagnostique et incontestable. Les auteurs que nous venons de citer, tout en tenant grand compte des ressources de l'organisme livré à lui-même, ont donné des conseils d'action qui *tous* tendent à modifier et souvent à pervertir le travail réparateur qui s'opère. Les faits ont eu pour nous une telle éloquence que nous n'hésitons pas un instant à nier l'utilité de semblables manœuvres, et nous allons tâcher d'en signaler les dangers en reprenant aussi chronologiquement que possible les opérations que nous avons énumérées. Nous négligerons à dessein de revenir sur les dangers de tous les procédés entéroraphiques comme tellement surannés dans ce cas, qu'ils nous semblent oubliés. Nous nous bornerons à reprendre les opinions à dater du procédé de Lapeyronie.

En 1829, M. Hervez de Chegoin présenta à l'Académie un cas de guérison parfaite à la suite d'une perte intestinale résultant d'une hernie gangrénée. Mais la nature n'avait pas fait tous les frais de la cure, et l'auteur, dans l'exposé des moyens employés, dit qu'il avait mis en pratique le procédé de Lapeyronie : il passa un fil double dans le mésentère afin de fixer vers la plaie les deux bouts de l'intestin dont il redoutait la rétrocession.

Nous pensons d'abord que cette opération est inutile quant à la crainte de la rentrée de l'intestin, car l'adhérence des bouts de l'intestin et du collet herniaire est toujours produite par le fait seul de la vive inflammation qui a existé au point de constriction, vers la séparation du mort et du vif. Cette rentrée de l'intestin nous semble une crainte entièrement chimérique. Craindrait-on cette rétrocession avec rupture d'adhérences, trop faibles encore, par le fait des efforts ou des mouvements du malade ? Mais toute espèce de mouvement ou d'effort produit la contraction des parois abdominales, et tendrait bien plutôt à chasser l'intestin au dehors. Ne sait-on pas qu'il suffit d'une plaie d'un très-petit diamètre à l'abdomen pour que le moindre effort y engage une anse intestinale !

Mais nous allons plus loin, et nous pensons que cette opération diminue certainement les chances favorables de succès complet. Ne sait-on pas, en effet, que le plus grand obstacle à l'occlusion de l'anus anormal consiste surtout dans le parallélisme plus ou moins parfait des deux portions de l'intestin ? d'où résulte un angle d'autant plus aigu qu'il y a

plus de parallélisme, et d'où résulte par conséquent une difficulté bien plus grande pour le passage ultérieur des matières fécales du bout supérieur dans l'inférieur ? Or, le fil de Lapeyronie ne peut avoir qu'un résultat certain, celui de rapprocher à angle aigu les extrémités de l'intestin, de manière à les rendre entièrement parallèles en les adossant l'une à l'autre, condition éminemment funeste ainsi que l'a bien démontré Paletta. En outre, le mésentère lui-même, contractant des adhérences dans la plaie, augmente par sa présence les difficultés de l'occlusion de l'anus anormal. Il y a donc toute espèce de raison de penser que le malade de M. Hervez de Chégoin guérit *malgré* le fil de Lapeyronie. Appuyons ce raisonnement en notant ici le résumé des travaux de Scarpa sur le mécanisme de la cure naturelle de l'anus anormal. Scarpa a prouvé :

1° Que primitivement les deux bouts de l'intestin sont plus ou moins rapprochés de la parallèle ;

2° Que l'orifice de la portion supérieure reste dirigé vers la plaie pour l'évacuation des matières fécales, pendant que le bout inférieur se retire peu à peu, et se place au-dessous de lui, sans que jamais son axe soit le même que celui de l'ouverture supérieure ;

3° Que l'intestin ne se cicatrise jamais, dans ces cas, par réunion immédiate ;

4° Qu'un cône membraneux formé aux dépens des vestiges du sac se forme à mesure que l'intestin se retire de la plaie ; cette rétraction faisant que le sommet se trouve vers la plaie et la base vers les deux orifices ;

5° Enfin, que c'est en parcourant cette poche de nouvelle formation que les matières sont dirigées peu à peu vers le bout inférieur, et qu'en se cicatrisant complétement, le cône rétablit la continuité de l'intestin, en fixant pour toujours les deux bouts derrière la paroi abdominale.

Les beaux travaux qui ont fourni ces conclusions, et qui sont restés comme une œuvre aussi brillante que solide, font supposer d'abord que l'auteur, qui a surpris la nature dans cet admirable travail, conseillera de voir, d'attendre et d'admirer ! Non, pas entièrement. Scarpa repousse bien comme dangereux les procédés d'entéroraphie quels qu'ils soient, mais, en conseillant d'attendre beaucoup du mécanisme vivant, il ne conseille pas moins de débrider hardiment en comprenant, s'il le faut, l'épaisseur de l'intestin supérieur. On voit que l'auteur a une confiance illimitée dans les adhérences, sans cela les craintes d'un épanchement dans le péritoine l'eussent retenu. Ce conseil, dirigé contre la crainte de voir s'accumuler en dessus des matières fécales qui renouvelleraient une sorte d'étranglement, ne sera-t-il pas remplacé avec avan-

tage et innocuité par l'usage des laxatifs? Dans toutes les observations que nous avons rapportées, ce moyen a parfaitement suffi. En outre de l'inutile danger d'un débridement semblable, n'est-il pas bien évident que cette incision viciera certainement le mécanisme naturel de l'occlusion?

C'est ici le cas de rapporter l'observation suivante :

Pipelet donna ses soins à une femme qui, à la suite d'une hernie étranglée, eut une eschare de l'intestin, de cinq pouces de longueur. Un anus s'établit pendant quelque temps, mais une obstruction survint qui fit craindre un retour de l'étranglement; cependant, au lieu de songer au débridement, Pipelet fit administrer un purgatif : le jour même les coliques cessèrent et les selles commencèrent à reprendre leur voie naturelle, si bien qu'au bout de 15 jours la malade fut guérie sans infirmité ! Elle avait alors cinquante-six ans, elle vécut jusqu'à quatre-vingt-deux.

Cette observation a un autre intérêt. L'autopsie de cette femme a permis d'examiner la pièce anatomique vingt-six ans après la guérison de l'anus anormal. Là, comme dans quelques observations que j'ai rapportées, il y avait eu une énorme perte de substance intestinale (cinq pouces) ! le parallélisme existait encore en partie; les deux bouts de l'intestin étaient fixés derrière l'anneau par la cicatrice, mais réunis d'une manière médiate.

Dupuytren nous semble donc être dans la bonne voie quand il combattait le précepte de débrider après l'ouverture de l'abcès stercoral, et montrait, outre l'inconvénient de vicier le travail de réparation, le danger qui pourrait en résulter dans le cas où des adhérences peu profondes permettraient un épanchement.

M. Velpeau, appuyé de quelques faits cliniques communiqués, semble se montrer favorable au débridement et ne le regarde pas comme dangereux; cependant M. Velpeau ne croit pas aux adhérences promptes démontrées par Scarpa. Dupuytren, lui qui, comme M. Velpeau, n'accordait pas que les adhérences fussent aussi parfaites que le disait Scarpa, était-il conséquent en supposant des dangers au débridement et en combattant l'emploi de ce moyen? Mais on ne comprend pas du tout comment, tout en suspectant les adhérences, M. Velpeau conseille le débridement après l'abcession. Cet auteur va même jusqu'à penser que la négligence de cette opération peut entraîner définitivement l'établissement d'un anus anormal. Nous avouons ne pas comprendre du tout comment cette négligence pourrait faire naître les conditions d'un anus contre nature persistant, si on ne néglige pas les évacuants ; au contraire, on sent que cette opération peut et doit nuire au travail naturel d'occlusion.

Quelques chirurgiens ont donné le conseil, dans le cas de sphacèle

d'une anse intestinale, d'attirer et de laisser pendre dans la plaie une certaine longueur d'intestin ; d'autres avec Desault, comme nous l'avons vu, ont conseillé de repousser l'intestin, s'il était exubérant, jusque vers l'orifice du collet après avoir retranché jusqu'au vif.

Dans l'un et l'autre cas, ces préceptes n'auront-ils pas pour résultat certain et immédiat de rompre les adhérences qui se sont formées sur la limite du mort et du vif entre l'intestin et l'anneau ? Dans tous les cas de pathologie chirurgicale ayant avec celui-ci quelque analogie, n'observe-t-on pas le même phénomène d'adhésion ?

Il ne faut pas perdre de vue que le point de départ essentiel du mécanisme de la cure radicale, dans l'explication qu'en donne Scarpa, c'est les adhérences du péritoine intestinal avec celui qui tapisse l'anneau. Si Dupuytren a presque nié ces faciles adhérences, c'est qu'il croyait au sphacèle simultané du collet du sac herniaire, assertion qui n'est plus admissible. Donc, avec ces différentes manœuvres, que deviennent ces adhérences ? qui oserait, après avoir ainsi attiré ou repoussé l'intestin, placer les deux bouts vers l'orifice abdominal sans avoir recours au fil de Lapeyronie, c'est-à-dire à un mauvais procédé qui enlève beaucoup aux chances de guérison complète en produisant le parallélisme, en provoquant des adhérences du mésentère vers la plaie, en s'opposant conséquemment à la rétrocession intestinale, rétraction progressive tout à fait indispensable au rétablissement de la continuité du tube ?

M. Cayol, dans son mémoire publié à la suite de la traduction des œuvres de Scarpa et dans son grand article du *Dictionnaire des sciences médicales*, après avoir adopté les opinions de Richter, qui se rapprochent le plus des nôtres, qui sont, comme nous l'avons dit, que l'accident grave de la hernie gangrénée est cependant moins funeste qu'on le croit généralement, et que, ouverte avec l'intestin, et de bonne heure, elle présente des résultats aussi favorables que la majorité des opérations de débridement ; M. Cayol, disons-nous, après avoir adopté les opinions de Richter, qu'il cite avec complaisance, n'en conseille pas moins, dans les cas de sphacèle, d'attirer à soi l'intestin dans une certaine longueur, afin de s'assurer si la gangrène ne se propage pas au-dessus de l'anneau, cas dans lequel, selon lui, le malade est *perdu sans espoir*. Cependant, comme nous l'avons dit, M. Cayol adopte les idées de Richter et de Scarpa, avec eux il blâme la rétrocession de l'intestin comme procédé chirurgical ; mais quelques lignes plus bas, comme nous venons de le dire, il conseille la même manœuvre, en sens inverse, que Desault qu'il combat, c'est-à-dire qu'au lieu de repousser l'intestin il l'attire ; mais, dans l'un et l'autre cas, que deviennent les jeunes adhérences, rudi-

ments indispensables d'un travail admirable de réparation ? Puis encore, à quoi bon cette manœuvre, puisque l'auteur déclare que, dans le cas où la gangrène se propagerait au-dessus, le malade est *perdu sans espoir?* Ici, comme pour les divers écrits que nous avons énumérés ou discutés, on rencontre en même lieu des opinions et des préceptes si inconciliables, qu'ils disent assez qu'au milieu de tous ces excellents travaux, la vérité mal saisie a fui, en jetant çà et là des clartés encore incertaines.

Richerand, après avoir énuméré les moyens employés communément pour combattre l'accident de la hernie gangrénée, tels que les sutures, l'invagination, l'anus artificiel, se décide pour ce dernier moyen ; il lui semble le seul capable de sauver les jours du malade ; en sorte qu'on voit de suite son mode de traitement ; le procédé de Littre ou celui de Lapeyronie seront ses dernières ressources ! Eh bien ! nous l'avouons, si nous pouvions oublier Richt, Scarpa, les faits nombreux de cure spontanée et les leçons de l'expérience, nous préférerions avec Richerand établir un anus anormal, que mettre en usage un seul des procédés d'entéroraphie, d'incision, ou de dilatation que nous avons fait connaître, les regardant à bon droit comme bien plus dangereux ; heureusement, nous l'espérons, la question n'en restera pas là, et, de plus en plus éclairés et confiants dans le travail réparateur qui suit l'ouverture de l'abcès stercoral, les chirurgiens attendront de nombreuses guérisons qu'ils chercheraient vainement à produire eux-mêmes.

Ce vague, cette indécision, ces opinions si diverses, ces procédés si opposés, ces contradictions flagrantes des auteurs entre eux et avec eux-mêmes, tout cela ne prouve-t-il pas que ces vérités entrevues, proclamées assez haut, quelquefois adoptées en partie, n'ont jamais été entourées d'un cortége de faits suffisant pour leur donner l'accent d'une certitude qui les ait placées dans la science comme une doctrine entière et nouvelle dans le traitement de l'affection qui nous occupe ? C'est cette pensée surtout qui, avec les nouvelles observations que nous sommes venu joindre à des faits entrevus, nous a forcé à l'analyse succincte que nous venons de faire des travaux les plus importants sur cette matière, ce qui aussi nous a obligé à quelques répétitions indispensables.

Enfin, on s'est beaucoup occupé de prévenir l'obstruction qui pourrait être le résultat d'une constriction trop forte de l'ouverture stercorale par d'autres moyens que le débridement. Pour remédier à ce que l'on a regardé comme un accident (et ce qui cependant est certainement la chose la plus heureuse qui puisse survenir pendant le traitement), on a proposé et on propose journellement d'introduire dans

l'ouverture et jusque dans l'intestin des mèches de charpie d'une grosseur progressive, des flottes de soie, et aussi des cylindres d'éponge préparée. Nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons dit à l'occasion des conseils de débridement, c'est que vingt grammes d'huile de ricin ou de manne les remplaceront toujours avec le plus grand succès, et n'auront aucun de leurs inconvénients. Ainsi, pour l'emploi de ces derniers moyens de dilatation, qui ne voit au premier coup d'œil leur inutilité et leur danger? En effet, quoi de plus propre à entretenir et même à produire le parallélisme que l'emploi de ces mèches, de ces éponges préparées? Quoi de plus capable d'organiser bientôt des cicatrices dures et calleuses qui, tout en détruisant le travail de formation du cône membraneux, s'opposeront plus tard à la rentrée progressive de l'intestin si indispensable à la cure radicale? Si nous avons eu l'avantage d'être compris, on aura vu que tous nos efforts, appuyés d'une part sur de curieuses observations, dont quelques-unes nous sont propres, de l'autre sur l'opinion et les faits cités par des chirurgiens du plus haut mérite, qui accordaient déjà beaucoup aux seuls efforts de la nature dans la cure de la hernie avec sphacèle d'une partie ou de la totalité d'une anse d'intestin, que nos efforts, disons-nous, avaient pour but de proclamer hautement notre opinion sur l'inutilité absolue de toute opération chirurgicale autre que celle de l'ouverture simple du sac et de l'intestin; de porter le dernier coup, surtout, à tous les procédés d'entéroraphie si généralement suivis d'éclatants insuccès dans ce cas; de montrer que l'organisme seul procédait mieux alors que la science la mieux dirigée; de faire cesser cette erreur grande, qu'une hernie étranglée avec sphacèle de l'intestin est une maladie presque toujours mortelle, et qu'au contraire cet accident laisse l'espoir fondé, en se comportant comme nous l'avons conseillé, de voir dans la majorité des cas les malades se rétablir; de mettre en question dans le monde médical le fait de savoir s'il ne serait pas plus utile d'insister de toutes les puissances de la médecine et du taxis pour réduire une hernie, et en faire simplement l'ouverture ensuite si l'on craint le sphacèle, que d'opérer au bout d'un temps très-court le débridement: et à cette occasion, outre les raisons que nous avons données de cette opinion, il nous est impossible de ne pas rappeler ce que nous avons observé plusieurs fois, je veux parler des accidents d'étranglement qui, après avoir duré quatre à cinq jours, se sont calmés sans abcès ni sphacèle; alors la hernie avait contracté des adhérences qui la rendaient, il est vrai, irréductible pour toujours, mais qui aussi bornaient à jamais son développement.

Qu'il nous soit permis de terminer ce travail en rappelant, en forme de proposition, les idées principales qui y sont contenues.

L'accident de la hernie étranglée, quand le sphacèle amène l'abcès stercoral, a certainement moins de gravité qu'on le croit généralement.

Cette gravité est d'autant moindre que l'ouverture du sac est faite de bonne heure, aussitôt qu'on a lieu de redouter la présence du sphacèle.

Cette ouverture doit être faite sur le milieu de la tumeur et comprendre l'intestin dans toute son épaisseur, s'il y a une anse, ou simplement le sac, s'il y a abcès stercoral et que l'intestin soit seulement pincé, ainsi qu'il arrive le plus fréquemment dans l'espèce crurale.

Cette opération pratiquée après les premiers jours de l'étranglement, assez tard pour que les adhérences existent, et assez tôt pour que le trouble général n'ait pas compromis tout l'organisme (c'est dire entre le troisième et le sixième jour), est une opération dont les résultats laissent les plus grandes chances de salut au malade, et les plus grandes, sans contredit, pour guérir sans anus anormal.

Il n'est pas certain que cette opération pratiquée même dans les cas où l'intestin n'est pas gangréné, ne remplace pas avec avantage l'opération difficile et dangereuse du débridement ordinaire.

Toutes les manœuvres opératoires autres que l'incision simple dans la hernie gangrénée, tendent nécessairement à atténuer les bons résultats, soit en aggravant le danger de l'accident en lui-même, soit en favorisant l'établissement d'anus contre nature ou de fistules stercorales.

En conséquence l'entéroraphie, les fils passés dans le but de retenir un ou les deux bouts intestinaux dans la plaie, les manœuvres ayant pour résultat de placer l'intestin dans telle ou telle position par rapport à l'ouverture, les débridements consécutifs à l'incision ; les mèches, les tentes, introduites dans le but de combattre le resserrement de l'ouverture, etc., etc. Tous ces moyens doivent être proscrits comme produisant plus d'insuccès et d'anus anormaux que les seuls efforts de la nature.

Tous ces procédés doivent être réservés et ne peuvent trouver leur application que dans le traitement de lésions intestinales ou d'anus contre nature par cause traumatique.

Enfin, si dans ce dernier cas nous avions à choisir parmi tous les procédés entéroraphiques, l'ancienne méthode de suture sur une trachée d'animal nous paraîtrait devoir obtenir la préférence sur toutes celles qui lui ont été substituées.

Mouret,
Médecin à Montfaucon (Haute-Loire).

QUELQUES REMARQUES SUR L'ÉPOQUE A LAQUELLE IL CONVIENT D'OPÉRER LE BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNITAL.

A quelle époque de la vie de l'enfant doit-on pratiquer l'opération du bec-de-lièvre congénital ? Il existe sur cette question, dont la solution importe cependant beaucoup à la pratique, une division marquée parmi les chirurgiens, Heister, Busch, Roonhuysen, veulent qu'on opère à l'époque de la naissance, et M. Bonfils, de Nancy, a publié plusieurs faits à l'appui de cette opinion, qui reposent sur les motifs suivants : les chairs, dit-on, sont plus vasculaires à cet âge ; l'opération une fois terminée, l'enfant ne criera plus, étranger qu'il est à la crainte ; l'opération est d'ailleurs facile, et ne peut amener aucune complication sérieuse ; enfin, on pourra d'autant plus facilement supprimer l'allaitement, que l'enfant n'en aura pas contracté l'habitude : il faut encore ajouter que la cicatrice sera moins apparente ; que s'il y a complication d'une fente à la voûte palatine, le rapprochement des os s'effectuera plus facilement, et qu'après l'opération l'allaitement devient plus facile. *Dupuytren* ne trouvait pas que tous ces motifs compensassent l'inconvénient très-grave qu'aurait, suivant lui, l'opération faite à l'époque de la naissance, d'augmenter pour l'enfant les chances de mortalité déjà si nombreuses à cet âge ; aussi recommande-t-il de n'opérer qu'à *trois mois*. D'autres chirurgiens, parmi lesquels Dionis, Garangeot, Boyer, Sanson, conseillent d'opérer dans la période de notre existence comprise entre trois et cinq ans, parce qu'alors, disent-ils, les enfants ont assez de raison pour désirer leur guérison, et qu'ils s'y prêtent volontiers ; de plus, à cet âge, ils peuvent avaler les liquides sans faire de mouvement des lèvres ; les tissus qui entrent dans la composition de celles-ci ont aussi moins de mollesse, plus d'extensibilité et sont moins sécables qu'au premier âge. On peut voir par ce simple énoncé des raisons alléguées en faveur des trois opinions qui divisent encore les praticiens, que chacune d'elles a trouvé dans les hommes les plus éminents de notre profession une autorité suffisante pour la faire accepter par un grand nombre comme méthode générale de traitement de la difformité dont il s'agit. Nous pensons cependant que ce point tant débattu de pratique chirurgicale eût été facilement éclairci, si, au lieu de reproduire sans cesse la question d'une manière dogmatique, on eût d'abord fait intervenir dans la discussion les résultats directs de l'observation ; les faits pouvant seuls, suivant nous, conduire à une solution avantageuse. Ainsi l'a compris M. le professeur Paul Dubois, en venant présenter à l'Académie de médecine une

série d'observations qui nous ont paru très-concluantes en faveur de l'opinion qu'il défend, et qui consiste à opérer le bec-de-lièvre dans les premiers jours qui suivent la naissance de l'enfant.

Il y a quatre ans, ce chirurgien fut appelé pour voir un enfant né de la veille, qui présentait une division congénitale de la lèvre à gauche, et en même temps une division du voile du palais; l'opération fut immédiatement pratiquée et suivie d'un succès complet. Depuis cette époque, six autres enfants subirent la même opération, tous étaient âgés de un à deux jours, un seul avait quinze jours. Dans un cas, le bec-de-lièvre était compliqué de la division de la voûte palatine et du voile du palais, et aussi, mais à un faible degré, de celle du bord alvéolaire. Comme chez les autres, la guérison fut prompte et solide; il est un des trois opérés que M. Paul Dubois a fait voir à l'Académie. Dans un autre cas, la voûte palatine était intacte dans la plus grande partie de son étendue, mais elle offrait en arrière, ainsi que le voile du palais, une division bien apparente. Il résulte de là que l'opération a été pratiquée dans des circonstances très-diverses, sans que pour cela le succès ait été un seul instant douteux. Nous rapprocherons de ces observations un fait que nous avons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs, et dans lequel la division labiale offrait moins de simplicité. Il s'agit d'un enfant âgé de seize jours, chez lequel la division de la lèvre remontait jusque dans la narine, celle-ci était élargie et comme écrasée d'avant en arrière. L'enfant, qui depuis sa naissance n'avait pas pu prendre le sein, était chétif, maigre; on l'avait nourri avec du lait et de l'eau de gruau; les conditions où il se trouvait étaient par conséquent on ne peut plus défavorables; la moindre perte de sang pouvant, en raison de la faiblesse de l'enfant, lui devenir très-préjudiciable; cependant le succès le plus complet suivit cette opération, qui fut pratiquée par M. Jobert (voyez le *Bull. gén. de Thérap.*, tom. XXIV, pag. 133). En présence de ces résultats on ne peut plus probants, que deviennent les nombreux inconvénients qui depuis près d'un siècle ont déterminé presque tous les chirurgiens à remettre l'opération du bec-de-lièvre à une époque plus avancée de la vie? Serait-ce que les craintes qu'ils concevaient des suites de la cheiloraphie faite au moment de la naissance n'étaient fondées que sur quelques résultats malheureux qui, reproduits par tous les auteurs, passèrent de la sorte en règle générale, au lieu de demeurer l'exception, ainsi que cela eût dû être? M. Paul Dubois partage cette opinion, et il lui semble qu'il n'y a qu'une fausse interprétation des faits que la science possède qui a pu laisser subsister et entretenir les préventions des médecins contre la pratique dont il se déclare partisan; quant au procédé qu'il met en usage, c'est celui de

l'avivement des bords de la division et de la suture entortillée tel que l'exécutent tous les chirurgiens. Seulement il fait remarquer que les épingles très-fines dites à insectes sont trop longues relativement à leur ténuité. Malgré le peu de résistance des tissus qui doivent être traversés, il arrive cependant que les épingles fléchissent, ce qui augmente la difficulté et aussi la douleur de ce temps de l'opération ; il est donc convenable d'en faire diminuer la longueur avant de s'en servir. Si M. Dubois n'a pas eu recours au procédé de M. Clémot, remis en en honneur dans ces derniers temps par M. Malgaigne, et qui a surtout pour but de reconstituer le lobule médian de la lèvre supérieure, c'est afin de ne compliquer aucunement l'opération qui, en vue du succès, doit être le plus simple possible, tout ce qui peut rendre la perte du sang abondante pouvant le compromettre.

L'auteur, ainsi qu'on le fait généralement, s'abstient, par le même motif, de détacher des gencives la portion de la lèvre qui est la plus voisine de l'angle supérieur de la plaie; toujours il a pu, sans cette précaution, obtenir une réunion très-complète, que favorise d'ailleurs la souplesse des tissus. N'est-il pas probable que, dans les cas cités par les auteurs, où l'enfant est mort d'hémorrhagie à la suite de l'opération, et notamment dans celui devenu si célèbre depuis que chacun l'a cité après J.-L. Petit, n'est-il pas probable, disons-nous, que le sang a pu provenir de la surface saignante qui résulte de ce détachement, et cela d'autant plus aisément, que la lèvre est simplement juxta-posée contre la gencive, sans que rien la comprime, à moins qu'on ne fasse usage du bandage unissant dont l'application est difficile chez les enfants? M. Dubois, pour sa part, n'y a jamais eu recours; il a remarqué qu'il devient une cause de gêne et d'agitation pour le petit malade, outre qu'il se déplace facilement ce qui le rend alors nuisible au lieu d'être utile. Quant à l'hémorrhagie inséparable de la section des tissus, elle a été très-légère chez tous les opérés de M. P. Dubois : un seul doit être excepté, chez lequel elle a produit un peu de décoloration sans affaiblissement notable. Chez deux de ces enfants, le sang a pénétré dans la bouche et de là dans l'estomac : un d'eux l'a vomi une demi-heure après l'opération; chez l'autre, il a été rejeté par les selles, le lendemain, sans coliques. Il est, dans les soins consécutifs à l'opération, une innovation introduite par l'auteur et dont la cheiloplastie en général devra profiter : cette innovation consiste à déplacer les premiers fils vingt-quatre heures après leur application, et à leur en substituer d'autres moins serrés que les premiers. Chaque jour on renouvelle ce pansement en diminuant de plus en plus la constriction ; il faut qu'un aide maintienne la tête de l'enfant et comprime un peu les joues lorsqu'il se dispose à crier.

Ce pansement n'est nullement douloureux : il a pu être fait plusieurs fois pendant le sommeil de l'opéré, surtout quand les parents avaient eu soin, quelque temps auparavant, d'humecter les fils avec du lait. Les épingles supérieures ont été retirées après la soixante-douzième heure, et l'inférieure de la quatre-vingtième à la quatre-vingt-seizième heure. Chez tous ces enfants la réunion des bords de la plaie a été prompte et solide. Chez aucun d'eux les tissus n'ont été coupés par la suture. Ce qui répond victorieusement à cette objection faite par Dupuytren et beaucoup d'autres après lui, savoir, qu'à ce premier âge de la vie les tissus, très-mous, sont trop facilement sécables pour résister à l'action des épingles. Si ce danger a été évité, c'est grâce, en grande partie du moins, au mode de pansement dont M. P. Dubois a eu l'heureuse idée. Qu'arrive-t-il, en effet, après l'application de la suture? Les aiguilles et les fils sont placés au moment où les tissus ont leur volume normal; plus tard, et sous l'influence directe de l'opération et des agents contentifs, la vitalité se développe dans l'épaisseur de la lèvre, une inflammation adhésive entraîne nécessairement un léger degré de turgescence; c'est alors que la suture peut devenir beaucoup trop serrée; ne cédant pas en raison de l'ampliation des tissus qu'elle étreint, elle les comprime douloureusement; l'inflammation alors s'élève davantage, et il peut en résulter de la suppuration avec ulcération profonde des tissus qui se trouvent ainsi coupés. Il faut donc savoir gré à M. Dubois d'un procédé de pansement qui, du bec-de-lièvre, s'étendra nécessairement à la plupart des cas dans lesquels la suture est indiquée. — L'impossibilité de nourrir convenablement les enfants opérés dans les mêmes conditions d'âge, a été une sérieuse objection, qui s'est renouvelée à toutes les époques contre la méthode; mais cette impossibilité n'est pas réelle : l'auteur le prouve par ses jeunes opérés, puisque l'alimentation n'a été suspendue chez aucun : tous, au contraire, ont été nourris par des procédés qui exigeaient des efforts de succion; deux l'ont été par l'allaitement artificiel à l'aide du biberon; les autres n'ont pas cessé de prendre le sein, si ce n'est le premier jour seulement, pendant lequel on les fit boire au biberon. Des faits qui précèdent on peut conclure que les dangers de l'opération chez les nouveau-nés sont loin d'être aussi réels qu'on le pensait, et que les précautions excessives que l'on conseille pour les prévenir cessent d'être justifiées, et peuvent au contraire créer un péril bien plus réel que celui auquel on cherche à remédier. En d'autres termes, ne nourrir les enfants que d'une manière fort insuffisante en vue de favoriser la réunion de la plaie, est loin d'être sans inconvénients. La diète provoque chez eux un malaise qui se traduit par des cris et des agitations extérieures bien autrement à redouter que les mouvements de succion, qui, comme

nous l'avons vu, ne nuisent pas à la cicatrisation. Quant à cette autre objection déduite de l'indocilité des malades et de l'habitude qu'ils ont de jeter des cris, M. Dubois fait observer que ces cris sont bien moins fréquents qu'on ne le dit, le sommeil étant l'état en quelque sorte naturel à cet âge de la vie. Un enfant bien portant, qui reçoit une nourriture suffisante et de bonne qualité, crie fort peu. Au surplus, en supposant même que ces cris se reproduisissent fréquemment, ce ne serait pas un motif de désespérer du succès. L'un des malades de M. Dubois cria presque constamment pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, ce qui ne l'a pas empêché de guérir parfaitement; il est même un de ceux chez lesquels la cicatrice est le moins apparente. Dira-t-on maintenant avec Dupuytren que cette opération augmente les chances de mortalité qui pèsent sur cette première période de la vie? Nous ne nous dissimulerons pas plus que l'auteur ce qu'il y a de fondé et de sérieux dans cette objection; et, comme lui, nous serions d'avis de lui faire une concession très-légitime : ce serait de s'abstenir de l'opération pendant les premiers jours de la vie chez les enfants délicats, chez ceux qui sont nés avant terme, et de la différer également aux époques où certaines affections de forme endémique viennent compliquer les opérations que l'on fait chez l'adulte, ainsi l'érysipèle, d'ordinaire si funeste aux très-jeunes enfants. Ajoutons encore que M. Dubois n'opère, ainsi qu'on l'a pu voir par tout ce qui précède, que dans les cas où le bec-de-lièvre est simple, et dans ceux où il n'existe que des lésions indépendantes de la division de la lèvre, et qui n'exigent pas, pour la restauration de celle-ci, l'emploi de procédés opératoires plus ou moins compliqués.

Cette sage réserve de l'auteur mérite sans contredit l'approbation des chirurgiens, auxquels elle servira au besoin de règle de conduite; cependant il peut se rencontrer des cas où la difformité, bien qu'elle ne soit pas aussi simple, n'en doit pas moins être opérée dans les premiers jours de la naissance : telle est la double division de la lèvre supérieure avec lambeau médian rendant l'allaitement impossible ou extrêmement difficile et fort incomplet. C'est l'état dans lequel se trouvait un enfant âgé de quinze jours, qui fut opéré sans accident et avec succès par M. Jobert de Lamballe, qui nous a communiqué le fait. Il existait chez cet enfant un bec-de-lièvre double avec un lambeau médian assez régulièrement quadrilatère et adhérent à la gencive par la partie supérieure de sa face interne. Chacune des fentes latérales remontait jusque dans l'orifice de la narine correspondante, ce qui donnait au nez une forme très-épatée. M. Jobert procéda à l'avivement des quatre bords correspondants de ce double bec-de-lièvre, ayant soin de donner au lambeau médian une

forme triangulaire qui lui permît de s'adapter plus exactement aux deux autres côtés de la division : il incisa les adhérences de celle-ci à la gencive, puis il pratiqua la suture en traversant le lambeau avec les aiguilles dont les extrémités se trouvèrent ainsi à la surface des deux parties latérales de la lèvre. Deux aiguilles suffirent pour cette suture, elles furent placées, l'une tout à fait à la partie supérieure, et l'autre près du point où le sommet du lambeau médian vint s'appliquer contre les lambeaux latéraux. Les deux divisions se réunirent ainsi en même temps, et après la guérison, qui fut prompte, il ne resta d'autre trace de la difformité qu'une cicatrice en Y provenant de ce que le lambeau moyen ne s'étendait pas jusqu'au niveau du bord libre de la lèvre.

A. Forget.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULE ET PRÉPARATION D'UN SIROP D'IODURE DE FER,

Par M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'association de l'iode au fer à l'état d'iodure est une innovation heureuse dont la thérapeutique est redevable à la chimie. Mais le composé qui en résulte s'altère avec la plus grande facilité. Aussi bon nombre de procédés ont-ils été proposés pour constituer une préparation à l'abri de cet inconvénient. Ainsi altéré, l'iodure de fer passe, par une série de degrés, d'un médicament actif à une substance presque inerte. D'une part, les avantages que j'ai retirés de son emploi dans les cas d'aménorrhée, et comme modificateur du système lymphatique, d'une autre part, les produits variés qui étaient fournis par les meilleurs pharmaciens de Paris, m'ont déterminé à adopter la formule suivante pour la préparation d'un sirop que je donne à la dose d'une cuillerée le matin et d'une cuillerée le soir dans deux ou trois onces d'eau environ. La formule est celle-ci :

Prenez : Fer en limaille porphyrisée et non oxydée.	40 centigr.
Iode.	1 gram. 70 centigr.
Eau.	8 gram.
Combinez et ajoutez sirop de sucre	500 gram.

On mêle ensemble dans un mortier de porcelaine le fer, l'iode et l'eau ; on triture, et en quelques instants on obtient un iodure léger,

encore ioduré, que l'on incorpore de suite à la quantité donuée de sirop. Si le mélange est bien fait et surtout si la limaille n'est pas oxydée, on obtient un sirop fin, peu coloré, dont la saveur très-prédominante est celle du fer ; l'odeur d'iode est à peine marquée. Du reste, on peut rendre le sirop plus ou moins iodé en raison de l'indication que l'on se propose de remplir. Or, en se bornant à la prescription ci-après, qui représente la précédente :

Prenez : Sirop simple. . . 500 gram.
Protoiodure de fer. 2 gram.

et en adressant cette formule à dix pharmaciens différents, je suis certain que l'on aura ici un sirop aussi limpide que le sirop de sucre, mais sans saveur de fer appréciable; là un sirop d'un brun marron foncé avec une énorme prédominance d'iode, au point que ce sirop prend à la gorge, ainsi qu'on le dit, et que les malades répugnent à l'avaler; puis toutes les nuances intermédiaires entre ces deux espèces.

Du reste, je prescris ce sirop dix à douze jours avant l'époque des règles; je le donne journellement dans les cas de flueurs blanches pour combattre les gastralgies qu'elles déterminent. Je le fais prendre pendant plusieurs mois de suite comme modificateur du système lymphatique.

MODIFICATIONS AU PROCÉDÉ D'EXTRACTION DE LA DIGITALINE.

Le principe actif de la digitale, à la découverte duquel tant de chimistes ont travaillé sans succès, a enfin été obtenu par M. Homolle, comme tous les journaux scientifiques l'ont annoncé. M. Henri Ossian vient aujourd'hui proposer, dans le Journal de pharmacie, quelques modifications au procédé suivi par M. Homolle, et il les recommande surtout comme pouvant à la fois simplifier et abréger le mode de préparation et donner nn produit plus abondant. Voici en quoi consistent ces modifications :

On prend un kilogramme de feuilles de digitale séchées avec soin et réduites en poudre ; on forme, avec cette poudre et de l'alcool à 32 degrés, une pâte que l'on chauffe légèrement au bain-marie, que l'on jette ensuite sur une toile serrée et que l'on exprime fortement à la presse. On fait subir au résidu un traitement tout à fait semblable ; après quoi, on réunit les liqueurs claires, et on les soumet à la distillation pour en retirer des quatre cinquièmes aux cinq sixièmes de l'alcool employé.

L'extrait alcoolique qui résulte de cette opération est traité par un mélange d'eau distillée (250 grammes) et d'acide acétique (8 grammes), à une température de 40 à 50 degrés C., et, après l'addition d'un peu de bon noir animal, on filtre la portion éclaircie dans laquelle il reste un précipité résiniforme de chlorophylle et de matières grasses ou résineuses.

La liqueur claire, produit de la filtration, est étendue de 300 à 500 grammes d'eau, et en partie neutralisée par l'ammoniaque, puis on y ajoute une certaine quantité d'infusé concentré et récent de noix de galles, jusqu'à cessation de précipité : une condition essentielle, c'est que les liquides doivent rougir légèrement le tournesol.

Il se forme bientôt un dépôt abondant, blanc-jaunâtre, de tannate de digitaline, qui gagne le fond du vase sous forme résineuse noirâtre ou brune ; on décante tout le liquide surnageant, on détache le dépôt qui adhère aux parois du vase, et, après l'avoir lavé à l'eau pure, on le délaye au moyen d'un peu d'alcool.

On le triture alors soigneusement dans un mortier avec le tiers de son poids de litharge très-finement pulvérisée, on chauffe doucement, et on fait agir sur le mélange le double en volume d'alcool à 32 degrés chaud. Ce menstrue acquiert une couleur jaune légèrement verdâtre ; on le traite par le noir animal, on le filtre, puis on le laisse évaporer spontanément à l'étuve sur des assiettes ; ou encore, si l'on opère sur des quantités assez considérables, on le soumet à la distillation à une douce chaleur, pour retirer une partie de l'alcool employé. Le résidu de l'évaporation est traité à chaud par l'éther sulfurique, et ce traitement doit être répété deux ou trois fois. Ce que l'éther ne dissout pas constitue la digitaline, que l'on fait dessécher à une douce chaleur, et que l'on peut ensuite réduire en poudre.

M. Henri a obtenu au moins 9 à 10 grammes de ce principe actif en opérant sur un kilogramme de feuilles sèches de digitale.

NOUVEAU MOYEN DE PRÉPARER LE PROTOIODURE DE FER PARFAITEMENT PUR.

M. Rop, pharmacien à Rotterdam, a réussi, de la manière suivante, à préparer un protoiodure de fer parfaitement pur.

On prend quatre parties d'iode qu'on triture dans un vase large avec deux parties d'eau distillée, puis on y ajoute promptement, et en triturant toujours, une partie de limaille de fer très-fine. Après quelques moments, il survient une élévation considérable de température, avec dégagement de vapeurs d'iode. Toutefois, lorsque la température de

l'air ambiant est basse, la chaleur développée dans le mélange reste insuffisante pour déterminer le dégagement des vapeurs iodées; mais, dans ce cas, il suffit, pour assurer la réussite de l'opération, de chauffer légèrement le mélange, immédiatement après l'addition de la limaille de fer. Le mélange est liquide, mais il ne tarde pas à se solidifier.

Il se trouve, dans le proto-iodure de fer ainsi obtenu, une très-petite quantité de fer non combiné; mais il est facile de l'en séparer par le filtre, à l'instant où l'on veut employer la solution. On a alors un soluté parfaitement limpide, et sans aucun mélange de biiodure de fer ni d'iode libre.

Cette préparation peut aisément s'administrer en pilules, à l'aide d'excipients appropriés.

CARACTÈRES QUE DOIT POSSÉDER LA DEXTRINE POUR ÊTRE BONNE.

La dextrine étant aujourd'hui très-employée pour la confection du bandage inamovible des fractures, il est important que les pharmaciens ne se laissent pas tromper sur la bonne qualité de cette substance; or, ils doivent être avisés qu'il y a plusieurs sortes de dextrine dans le commerce, et qu'on en rencontre qui est très-mal préparée et ne vaut absolument rien. La bonne dextrine a une teinte jaune prononcée, une odeur douceâtre caractéristique, une saveur sucrée très-marquée; elle ne crépite pas sous les doigts comme l'amidon. Lorsqu'on la malaxe avec de l'eau-de-vie, elle acquiert la couleur, la consistance et le poissant du miel, et en étendant ce mélange d'une suffisante quantité d'eau chaude, on a une solution qui jouit d'une très-remarquable propriété agglutinative. La dextrine mal préparée est plus blanche, moins sucrée, elle crépite sous les doigts, et est tout à fait impropre à fournir une solution agglutinative. A part ces caractères, l'iode fournit un moyen excellent de juger si la dextrine est bonne ou mauvaise. La bonne dextrine délayée dans l'eau et traitée par l'iode passe au rouge vineux ou même à la teinte pelure d'oignon, tandis que la mauvaise dextrine prend une teinte bleu-violet qui accuse la présence de l'amidon.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DÉBRIDEMENT DE L'UTÉRUS POUR UN ACCOUCHEMENT RENDU IMPOSSIBLE A CAUSE DE LA NON-DILATATION DU COL.

Dans le mois de janvier 1843, j'eus l'honneur de vous adresser deux

fœtus à terme réunis par le sternum, monstruosité comparable à celle des frères siamois; c'était un cas rare que vous accueillîtes avec obligeance. Je vous adresse aujourd'hui une observation qui a une bien autre valeur pratique, puisqu'il s'agit du large débridement du col utérin que j'ai pratiqué avec un plein succès pour rendre possible un accouchement qui ne pouvait point s'opérer par la non-dilatation du col.

En 1842, la femme Tournier, âgée de vingt-huit ans environ, d'une assez bonne constitution, était en mal d'enfant depuis 15 heures. Désespérant d'accoucher naturellement, elle me fit appeler auprès d'elle pour la délivrer. Obligé d'employer le forceps, je parvins non sans peine à extraire un enfant à terme d'un volume considérable. A la suite de ce pénible accouchement, de vives inflammations se déclarèrent aux parties génitales, la gangrène se manifesta sur plusieurs points; une fistule urétro-vaginale en fut le résultat, et le col de la matrice, par suite de ces inflammations, s'effaça complétement. Du reste, cette femme put reprendre ses travaux au bout d'un mois et demi. Les désordres amenés vers les organes génitaux, dans cette circonstance, doivent être notés, car ils ont, je crois, été cause de l'obstacle apporté à la dilatation du col dans l'accouchement suivant, et conséquemment de l'opération grave que j'ai pratiquée.

Quoi qu'il en soit, la femme Tournier devint de nouveau enceinte. A la fin du mois de février 1845, je fus mandé auprès d'elle pour l'accoucher. Mme Pellegrin, sage-femme remplie de zèle et d'expérience, lui donnait des soins déjà depuis 24 heures. Malgré la violence des douleurs et tous les moyens thérapeutiques mis en usage, belladone, bains, etc., pour faciliter l'accouchement, le col de la matrice ne pouvait se dilater. Redoutant une métrite, perdant tout espoir de dilatation, et certain de la mort de la mère si l'accouchement ne s'opérait pas au plus vite, aidé des sages conseils de mes honorables collègues Cholas et Javelas, je m'arrêtai au seul moyen, mais extrême : le débridement du col utérin.

Après avoir reconnu qu'il n'existait aucun vice de conformation dans le bassin, et que la femme Tournier était parfaitement constituée pour accoucher heureusement, mais que le seul obstacle à l'enfantement venait du col de la matrice, dont la dilatation ne pouvait s'opérer à cause des anciennes inflammations de sa dernière couche, qui devaient avoir changé la nature de ses tissus et détruit leur élasticité, nous ne vîmes d'autre ressource que d'agrandir l'ouverture de la matrice avec l'instrument tranchant. Voici le procédé opératoire que je mis en pratique.

La malade étant placée au bord du lit, les jambes écartées et repliées

sur les cuisses, je saisis de la main droite un bistouri droit boutonné à lame étroite. En même temps que je portais le tranchant de l'instrument sur l'orifice de la matrice, qui permettait à peine l'introduction du petit doigt, je le dirigeais avec l'indicateur de la main gauche, qui me servait de conducteur, sur les parties que je voulais atteindre. Je fis de cette manière quatre incisions de 3 centimètres environ de profondeur, deux à droite et deux à gauche, évitant toujours de porter mon bistouri dans le sens du rectum et de la vessie pour ne pas blesser l'un de ces organes. Les incisions terminées, la dilatation s'opéra instantanément; cependant l'accouchement présenta encore quelques difficultés, que je parvins à surmonter avec le forceps. J'amenai un fœtus de sept à huit mois, qui avait cessé de vivre depuis plusieurs heures.

Après cette grave opération, dont le succès doit être cité avec d'autant plus d'empressement qu'il est fort rare, il y eut quelques hémorrhagies assez légères, et, chose remarquable, peu d'accidents inflammatoires.

Les suites de cet accouchement ont été des plus heureuses; elles ont présenté les mêmes phases que dans un accouchement naturel. Au bout de deux mois, la femme Tournier a pu vaquer à ses occupations.

Ch. Cuchet fils, D. M.
à Montélimart (Drôme).

BIBLIOGRAPHIE.

Causes générales des maladies chroniques, et spécialement de la phthisie pulmonaire, et moyens de prévenir ces affections; exposé succinct des recherches expérimentales sur les fonctions de la peau, qui ont obtenu un prix Montyon à l'Institut, par M. le docteur A. Fourcault.

Après avoir reconnu avec tous les esprits impartiaux les services réels que l'anatomie pathologique, l'étude des phénomènes variés par lesquels la maladie se révèle à l'observation, ont rendus à la science, M. Fourcault s'efforce d'établir que les hommes qui aujourd'hui encore se tiennent exclusivement dans cette direction, se consument dans une œuvre à peu près stérile. C'est là l'histoire naturelle de la maladie, et l'expérience a surabondamment démontré que les conclusions pratiques auxquelles cette étude peut conduire n'ont qu'une valeur bornée. Il est une source plus féconde et plus sûre d'indications pratiques; cette source,

c'est l'étiologie. Depuis longtemps déjà M. Fourcault s'occupe de recherches qui ont pour but de saisir ainsi les maladies à leur point de départ, en étudiant les influences sous lesquelles on les voit se développer : déjà les corps savants ont honorablement distingué plusieurs de ses travaux ; le livre qu'il publie aujourd'hui est tout à la fois la conclusion de ces travaux partiels et l'exposition de ses vues doctrinales sur l'origine des affections pathologiques.

Indiquons d'abord succinctement la manière dont M. Fourcault conçoit le développement des maladies.

Dans l'immense majorité des cas, les maladies, suivant ce médecin distingué, reconnaissent pour cause une perturbation survenue dans les fonctions de la peau. La transpiration, troublée dans sa modalité normale, entraîne pour conséquence nécessaire une altération dans la composition du sang. En vertu de la loi de solidarité, de balancement qui existe entre les diverses sécrétions par lesquelles s'entretient la vie, cette perturbation se trouve quelquefois compensée par une modification corrélative dans une sécrétion interne, et le jeu de la vie, un instant troublé, se rétablit spontanément. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette crise normale, pour ainsi dire, venant à manquer, la maladie éclate ou se développe sourdement. « Dans l'état aigu comme dans l'état chronique, dit M. Fourcault, les éléments superflus de la transpiration ne sont pas toujours portés vers les membranes muqueuses, ils ne produisent pas toujours des lésions locales par leur présence ; cependant ils troublent les fonctions, altèrent gravement la santé, finissent par déterminer des altérations dans les solides et des engorgements dans les vaisseaux. Cet état a reçu le nom de diathèse ou de cachexie. Dans les fièvres appelées improprement essentielles, la diathèse inflammatoire se forme souvent, tandis que dans les maladies chroniques on voit se développer, comme nous le verrons bientôt, des cachexies calcaire, séreuse, albumineuse, tuberculeuse, scrofuleuse, qui ne sont que des maladies chroniques du sang, de l'albumine, de la fibrine, des globules sanguins. » Cette courte citation montre dans tout son jour l'idée fondamentale de la théorie pathologique du savant académicien. La cause prochaine de la maladie, c'est une altération du sang ; là est son essence, son point de départ ; elle est fondamentalement un trouble, une altération survenus dans la composition du sang ; les miasmes, les virus n'agissent pas autrement.

Bien qu'à beaucoup de ces assertions il nous fût facile d'opposer des objections auxquelles il serait difficile de répondre, nous nous plaisons à reconnaître que, quand on examine l'ouvrage de M. Fourcault dans son ensemble, on est fort tenté de partager beaucoup de ses convictions.

Alors même que l'on conserverait quelque doute sur la justesse de sa théorie, considérée comme explication générale des faits de l'ordre pathologique, on ne peut s'empêcher d'applaudir aux efforts de l'auteur pour saisir la maladie à son point de départ. Alors même, en effet, que sa théorie ne serait pas susceptible d'une complète justification, les résultats de ses observations, de ses expériences touchant l'influence des causes générales morbigènes qui agissent sur l'organisme vivant, n'en demeurent pas moins dignes d'une sérieuse attention. Lorsque M. Fourcault, par exemple, établit, sur la foi d'une statistique large, rigoureuse, l'influence de la position sédentaire, de l'humidité, sur le développement de la phthisie pulmonaire, il est impossible de ne point partager ses convictions. Il en est de même encore lorsque l'auteur, passant de ses recherches étiologiques à la prophylactique des maladies, il demande au nom de la science une sorte de réorganisation du travail. M. Fourcault se défend ici de l'accusation qui pourrait lui être adressée, de renouveler au nom de la physiologie les rêves des utopistes Campanella, Thomas Morus, Saint-Simon, Fourier, Harrington ; pour nous, nous l'absolvons à l'avance sur ce point : c'est aux physiologistes surtout qu'il appartient de s'élever contre l'abus des forces humaines, et de signaler les causes qui déciment autour de nous les populations.

Pour caractériser en deux mots la production remarquable dont il s'agit en ce moment, nous dirons que le livre de M. Fourcault est marqué du double cachet d'une science réelle et d'une véritable philanthropie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur l'existence de la pellagre à Castelnaudary sur la limite des départements de l'Aude et de la Haute-Garonne.—Depuis la publication de notre article sur la pellagre du Lauraguais, un médecin de ce pays, M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary, a porté à la connaissance du public médical, dans le Journal de médecine de Bordeaux, de nouveaux faits de même nature de la plus haute importance. Il est évident que la pellagre règne d'une manière plus étendue que nous ne l'avions pensé dans les plaines du Lauraguais, car c'est toujours du même pays dont il s'agit. Castelnaudary était autrefois la capitale du Lauraguais ; cette ville n'est distante de Villefranche que de quatre lieues, et plusieurs des pellagreux traités par M. Roussilhe dans son hôpital, lui sont venus de l'arrondissement de Villefranche,

notamment ceux d'Avignonnet et de Montmaur, dont il rapporte les observations. Ce sont donc principalement les limites de jonction des départements de la Haute-Garonne et de l'Aude qui ont été le siége des cas de pellagre qui ont été signalés jusqu'ici.

Nous n'entrerons point dans les détails des symptômes présentés par les neuf malades dont M. Roussilhe publie les observations détaillées, nous nous bornerons à rapporter comme exemple de ces faits la suivante, où la maladie était arrivée au troisième degré.—Marie Germa, de Montjaur, âgée de quarante ans, d'une petite stature, mais forte, a éprouvé pendant six ans des attaques successives de pellagre. Au mois de juin 1844, époque à laquelle M. Roussilhe fut consulté, elle portait encore des traces manifestes de la maladie : tout l'épiderme de la face et du cou était soulevé, ses lèvres étaient gercées, ses mains et les cous-de-pieds étaient gercés, rouges et couverts de squames. Cette femme, qui était très-forte et laborieuse, était alors faible et apathique; sa face était pâle et bouffie, ses périodes menstruelles avaient cessé. Elle avait des douleurs lancinantes dans la tête et dans la région lombaire, de forts vertiges l'exposaient à des chutes souvent renouvelées ; sa démarche était vacillante. Depuis environ un mois, ses facultés sont altérées, elle prétend avoir vu et voir encore un fantôme ; ses jambes sont enflées, sa respiration gênée, sa langue est rouge et fendillée, et elle a une diarrhée qui dure depuis plus de deux mois. On lui prescrivit des bains sulfuro-gélatineux, l'extrait de quinquina et du sulfate de fer, un régime analeptique. Sous l'influence de ces moyens, la malade a éprouvé une amélioration sensible.

Dans la seule année 1844, vingt-un pellagreux se sont présentés à l'observation de M. Roussilhe, dix hommes et onze femmes ; leur âge variait de dix à soixante-quinze ans. Ce n'est que lorsque les vertiges forcent les pellagreux à cesser leurs travaux qu'ils se regardent comme malades, aussi M. Roussilhe n'a-t-il vu qu'un seul sujet atteint au premier degré. Sur les vingt cas restants, quinze étaient au deuxième degré et six au troisième. Sur huit femmes de vingt-deux à quarante ans, quatre étaient atteintes d'aménorrhée. Sur ces vingt-un malades, trois étaient atteints de folie, huit avaient des maladies gastro-intestinales avec diarrhée rebelle, trois étaient atteints d'héméralopie. On observait chez quatre un œdème des extrémités inférieures ; presque tous se plaignaient de douleurs de tête, de vertiges, de douleurs dans l'épine dorsale, avec faiblesse des extrémités inférieures; deux sont morts avec des symptômes d'affection cérébrale aiguë. Tous ces pellagreux habitaient la campagne, excepté une femme qui résidait à Castelnaudary, mais qui allait tous les jours aux champs. Presque tous étaient des paysans très-

pauvres, soumis aux mêmes causes : ils se nourrissent toute l'année de bouillie de maïs, de pain de seigle ou de froment mêlé de maïs, de vesces, de pommes de terre ; ils mangent des légumes préparés avec de la graisse rance; rarement ils ont de la viande à leurs repas, ils boivent le plus souvent de l'eau malsaine; ils sont mal habillés ; leurs habitations sont basses, humides et mal aérées.

L'étude du sang des pellagreux, que M. Roussilhe a été à même de faire, lui ayant démontré la même absence de globules que dans la chlorose, ce médecin a mis en usage les préparations ferrugineuses unies au quinquina et les bains. Le liniment oléo-calcaire lui a réussi pour combattre l'éruption pellagreuse sur les mains et sur les pieds. Les soins hygiéniques qu'il serait si important de mettre en usage sont inapplicables par le fait du dénûment complet de ces malheureux.

L'induration du chancre constitue la première manifestation de la syphilis constitutionnelle. — Son excision ne peut prévenir les symptômes secondaires. — L'on sait la grande importance que M. Ricord attache à l'induration du chancre sous le rapport du pronostic : il considère ce phénomène comme étant la première manifestation de la syphilis constitutionnelle ; de sorte que lorsque l'induration existe, l'économie est déjà imprégnée du virus vénérien, et qu'on ne peut rien attendre ni de l'excision du chancre, ni de sa cautérisation, qui, pratiqués au début, vers le troisième ou quatrième jour de son existence, peuvent réduire le chancre à un symptôme local et empêcher plus tard l'explosion des symptômes généraux. L'observation que nous allons rapporter a un grand intérêt pratique, puisqu'elle vient montrer la vérité de cette doctrine.

Un garçon charcutier, âgé de dix-neuf ans, entré le 27 mai à l'hôpital du Midi, n'a jamais eu d'autre maladie vénérienne. Ce malade a contracté un chancre vers la fin du mois de mars. Ce chancre avait son siége sur le limbe du prépuce, dont il a rétréci l'ouverture au point de ne plus permettre la sortie du gland par cet orifice. Ce chancre a été indolent pendant toute sa durée; il y avait seulement un peu de douleur pendant l'émission de l'urine, et lorsque ce liquide se trouvait en contact avec la plaie.

Ce chancre présentait une induration manifeste et caractéristique placée dans le tissu cellulaire qui lui servait de base.

Trois jours après son entrée, M. Ricord a pratiqué sur ce malade l'opération du phimosis. Cette opération était parfaitement indiquée par la longueur démesurée du prépuce, qui dépassait le gland de deux centimètres environ, et par l'étroitesse de son ouverture qui semblait

devoir persister, et qui était telle qu'on n'aurait pas pu y introduire un tuyau de plume à écrire. Le chancre se trouvait placé sur le limbe, et par conséquent à une distance assez considérable de la base du gland, point où l'incision devait être pratiquée (cette distance était de trois centimètres au moins). On n'avait donc pas à craindre que l'incision fût pratiquée dans la *sphère d'activité virulente du chancre*, et que la plaie résultant de cette incision devînt elle-même chancreuse. L'opération a été pratiquée d'après le procédé de M. Ricord, que nous ne décrirons pas ici. Toutefois, avant d'opérer le malade, M. Ricord eut soin de faire remarquer que le chancre étant déjà induré, la syphilis constitutionnelle ne tarderait pas à se manifester, et que l'excision du chancre ne mettrait pas le malade à l'abri des symptômes ultérieurs, tels qu'éruptions, douleurs articulaires, etc.

La plaie résultant de l'opération a suivi la marche des plaies simples, et a été cicatrisée au bout de huit ou dix jours. Mais quinze jours après l'opération une roséole syphilitique s'est manifestée, et le pronostic porté par M. Ricord a été pleinement vérifié.

Un chirurgien distingué, M. Bégin, ayant reconnu l'importance de l'induration comme signe pronostic, avait pensé qu'on pourrait mettre les malades à l'abri des manifestations secondaires et tertiaires de la syphilis, en excisant le chancre induré; cette manière de voir ne peut pas être admise en présence de faits semblables à celui que nous venons de citer, et qui prouvent que la syphilis constitutionnelle existe déjà du moment où l'induration est elle-même bien formulée. Telle est du moins l'opinion de M. Ricord.

Tumeur dans le ventre. — Diagnostic difficile. — Grossesse extra-utérine présumée. — Quelque incertitude qui puisse encore exister sur la nature et l'issue de l'affection dont est atteinte la malade dont nous nous proposons d'entretenir nos lecteurs, nous avons cru que, sous le rapport des difficultés que présente le diagnostic, l'historique de ce fait méritait au plus haut degré de fixer l'attention des praticiens, surtout en présence des diverses opinions qui ont été émises par plusieurs chirurgiens distingués des hôpitaux de Paris. La femme Thiel, couturière, est âgée de trente-neuf ans; sa santé a toujours été habituellement assez bonne; elle fut réglée à douze ans; depuis cet âge jusqu'à dix-huit ans, elle vit ses règles très-irrégulièrement. Mariée à dix-huit ans et demi, elle n'éprouva plus ces mêmes irrégularités. Elle n'a pas eu d'enfants, mais elle fit, dit-elle, trois fausses couches. A cet égard, voici ce qu'elle raconte : En 1830, ses règles se supprimèrent pendant trois mois et demi; cette suppression s'accompagna de tous les signes qu'on a cou-

tume d'observer au début d'une grossesse, c'est-à-dire de légères coliques, de maux de cœur, de lassitude, de douleurs dans les seins, qui prirent un développement inaccoutumé; de plus, le ventre acquit plus de volume, et cela régulièrement, comme dans la grossesse. Au milieu du troisième mois, la femme Thiel éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre, et notamment sur le fondement; ces douleurs s'accompagnèrent d'une fièvre assez intense. On appliqua des sangsues sur l'abdomen qui ne procurèrent qu'un faible soulagement; et cinq jours plus tard elle fut prise de coliques plus intenses, à la suite desquelles elle rendit par le vagin une masse de caillots solides, en forme de poire, les uns d'un rouge foncé, les autres blanchâtres. Son médecin lui dit qu'elle avait fait une fausse couche. Pendant neuf jours après cet accident, le sang coula par la vulve; le ventre avait repris son volume ordinaire. Deux autres fois, la femme Thiel éprouva des accidents semblables avec la même origine, la même marche, et une terminaison identique. Dans l'intervalle de ces suppressions menstruelles, les règles avaient lieu très-normalement. En mai 1844, nouvelle suppression; jusqu'au mois de septembre de la même année, la femme Thiel éprouva tous les accidents des premiers mois d'une grossesse, seulement son ventre était resté peu volumineux. A cette dernière époque, il prit un développement notable. Au mois d'octobre, les premiers mouvements se firent sentir dans l'abdomen; la femme Thiel ne douta plus de sa grossesse. Jusqu'au mois de mars 1845, les mouvements devinrent de plus en plus marqués; ils étaient si forts, qu'ils l'éveillaient la nuit pendant son sommeil; on voyait un soulèvement manifeste de la paroi abdominale dans le point en rapport avec le choc imprimé par l'enfant: ces mouvements se correspondaient d'un côté à l'autre du ventre. Le 19 mars, les mouvements cessèrent complétement; en même temps, le ventre s'abaissa, de fortes coliques se manifestèrent, un besoin incessant excitait la femme à faire des efforts d'expulsion, et, pendant trois jours, la vulve devint le siége d'un écoulement sanguinolent assez abondant, puis du sang pur se montra comme lorsque les règles avaient lieu. Au mois d'avril, la femme Thiel, très-préoccupée de son état, et surtout inquiète des douleurs vives et continues qu'elle ressentait sur le fondement et dans les reins, alla consulter successivement MM. Lisfranc et Velpeau. Ces chirurgiens distingués diagnostiquèrent, le premier une tumeur fibreuse, le second cette même tumeur, ou bien un kyste ovarique.

Le 5 juin 1845, la malade entra à l'hôpital Saint-Louis. Le ventre est volumineux, également développé sur tous les points, tendu, rénitent; les limites de ce développement existent entre l'ombilic et l'épigastre; latéralement il dépasse les flancs. Au toucher, il semble qu'on

renvoie d'une main à l'autre la sensation d'une fluctuation profonde et assez obscure; les téguments du ventre, distendus, sont pâles et sans coloration anormale en aucun point de leur étendue. On ne sent pas, en déprimant les parois du ventre, de corps durs, inégaux, bosselés, comme cela a lieu fréquemment lors de l'existence des corps fibreux. Le toucher par le vagin conduit sur une tumeur arrondie, mais un peu inégale, qui a envahi l'excavation pelvienne et plonge d'une part entre le vagin, dont le fond et la paroi postérieure sont fortement tendus et déprimés, et d'autre part le rectum, à travers la paroi antérieure duquel on contourne également là une tumeur assez dure, résistante et sans élasticité apparente. En essayant avec la main appliquée au-dessus de l'ombilic, et le doigt de l'autre main introduit comme je viens de le dire, d'imprimer un mouvement de ballottement à cette tumeur, on ne peut y parvenir; l'utérus est refoulé en haut et à gauche, son col, légèrement entr'ouvert, est situé derrière le corps du pubis gauche, son volume ne paraît pas augmenté. Il y a antéversion très-marquée de cet organe. Actuellement la malade éprouve des coliques fréquentes, une constipation opiniâtre et de fréquents maux de reins, mais elle ne fait plus aucun effort d'expulsion. Quel que soit le côté sur lequel elle se couche, elle ressent dans son ventre comme une boule qui retombe dans la même direction; d'ailleurs la santé générale se soutient assez; il y a de l'appétit, et les digestions se font bien. M. Jobert, et M. Paul Dubois, qu'il pria de venir examiner la malade, furent du même avis; ils diagnostiquèrent une grossesse extra-utérine abdominale. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette intéressante observation.

Paralysie d'origine rhumatismale. — L'anatomie pathologique, parmi bien d'autres prétentions, avait eu celle de localiser toujours le siége de toutes les paralysies dans le cerveau. Chose remarquable, c'est aussi à l'anatomie pathologique que nous devons de savoir combien ses prétentions premières étaient mal fondées et téméraires. Une observation plus large et plus attentive ne tarda pas à démontrer qu'il est des paralysies dont l'inspection anatomique ne peut découvrir le siége dans aucune partie de l'encéphale. Où placer, par exemple, le siége de la paralysie saturnine? Elle démontra ensuite que les branches nerveuses elles-mêmes, et cela indépendamment de la pulpe nerveuse où elles prennent leur origine, peuvent être atteintes d'altérations qui déterminent la paralysie des organes auxquels elles portent sensibilité et mouvement. Parmi ces altérations, les affections rhumatismales jouent le plus grand rôle. La science possède aujourd'hui un grand nombre de faits de ce genre, qui ne demandent qu'à être coordonnés pour faire

corps de doctrine. Il est bon et utile de recueillir tous ceux qui se présentent, et c'est à ce titre que nous allons parler d'un fait actuellement en observation dans le service de M. le professeur Chomel.

Il s'agit d'une femme couchée au n° 31 de la salle Saint-Bernard, chez laquelle une paralysie s'est produite sous l'influence d'un principe rhumatismal. Voici comment la maladie a marché. Cette femme est âgée de trente-cinq ans, d'une bonne santé, née de parents bien portants. Elle n'est point sujette aux affections rhumatismales ; elle a eu six enfants ; elle est accouchée, pour la dernière fois, au commencement de cette année. Il y a quatre mois environ, elle se fatigua à faire un grand dîner ; elle est cuisinière ; depuis quelque temps elle avait quitté un gilet de flanelle qu'elle portait habituellement ; après s'être trouvée ainsi exposée à une chaleur longtemps prolongée, elle ouvrit la fenêtre de sa cuisine, comme elle avait l'habitude de le faire depuis cinq ans qu'elle était dans la même maison. Ce n'était donc pas la première fois qu'elle subissait cette épreuve ; mais, cette fois, il n'y avait que peu de temps qu'elle était relevée de ses couches, et l'on sait que l'état puerpéral prédispose la femme aux affections rhumatismales. Dans la soirée de ce même jour, elle éprouva, dans l'épaule gauche et dans le coude du même côté, un peu de gêne, sans douleur bien manifeste encore. Le lendemain, en se réveillant, elle ressentit des douleurs très-vives dans l'épaule gauche, douleurs qui allèrent en augmentant, à tel point qu'au bout de trois jours il était à peu près impossible à la malade de passer ses vêtements.

Le même jour, dans la matinée, ayant voulu tenir un vase de la main gauche, elle éprouva une sensation douloureuse tellement intense, que ce vase lui échappa ; elle demanda immédiatement à entrer à l'hôpital. Au moment où elle fut reçue, les douleurs étaient très-fortes, et il était impossible à cette femme de s'habiller ; la pression sur l'épaule était douloureuse ; le moindre mouvement de l'avant-bras déterminait aussi de grandes souffrances, dans l'articulation du coude principalement. Cependant, on n'observait dans aucune jointure ni gonflement, ni rougeur de la peau. Tout semblait se réunir pour annoncer ici l'existence d'une affection rhumatismale, et M. Chomel prescrivit quelques applications de sangsues, puis un vésicatoire, à la surface duquel on répandit de la morphine. Sous l'influence de cette médication, la douleur diminue sensiblement. Mais tout à coup, et sans nouvelle cause appréciable, la douleur cesse, le bras perd sa contractilité, sa sensibilité ; la malade pouvait à peine fléchir un peu les doigts. C'était une véritable paralysie rhumatismale, et tellement complète, que l'on pouvait enfoncer des aiguilles dans le bras sans que la malade s'en aperçût.

Cette femme a été soumise à l'action des secousses galvaniques ; mais alors la douleur est revenue, la sensibilité a reparu rapidement, en même temps que les mouvements se rétablissaient. Il y a eu là un phénomène inverse de celui qui s'était produit cinq ou six semaines auparavant. Cette observation prouve incontestablement que le vice rhumatismal peut donner naissance aussi bien à la paralysie qu'à la névralgie.

Guérison d'un sarcocèle syphilitique et d'ulcères syphilitiques tertiaires par l'iodure de potassium uni au protoiodure de mercure. — L'iodure de potassium est toujours employé avec bonheur dans les hôpitaux dans les cas de syphilis invétérée. Dans certains cas, cependant, on y associe une préparation mercurielle, comme cela a eu lieu dans le cas de sarcocèle syphilitique que nous allons rapporter. Est-ce une pratique blâmable ? Non sans doute, car l'association de ces deux moyens est logique et doit avoir une utilité incontestable, surtout quand la constitution est vierge de toute médication mercurielle. L'on verra, dans le fait suivant, la combinaison du traitement qui a été suivi. L'on remarquera qu'après les premières semaines le protoiodure de mercure a été supprimé, et que l'iodure de potassium a été continué seul jusqu'à la fin du traitement. — Un charpentier de Compiègne, âgé de trente-neuf ans, est entré, le 2 avril 1845, salle Saint-Joseph, n° 4, hôpital Saint-Antoine, pour y être traité d'un sarcocèle syphilitique qui datait de quatre ans, et de larges ulcères syphilitiques aux jambes qu'il portait depuis onze mois. Ce malade, il y a onze ans, avait eu des chancres à la verge et une blennorrhagie ; il ne fit d'autre traitement que quelques injections astringentes. Le testicule gauche avait un volume double de celui du côté droit ; il n'avait ni douleur, ni chaleur, ni coloration morbide des bourses; la peau était libre, mobile, plissée comme à l'état normal. Quand on le comprimait, on le trouvait dur et résistant; il avait entièrement perdu son élasticité caractéristique, et ne glissait pas facilement entre les doigts. L'épididyme participait à l'augmentation de volume, et la cavité intra-séreuse ne contenait aucun liquide. Deux larges ulcères siégeaient à la partie moyenne de la jambe gauche. Le plus étendu occupait la région externe de la jambe : il avait la forme d'un croissant irrégulier ; son grand diamètre vertical avait neuf centimètres. Le second, situé au-dessous, mais en dedans, avait une forme plus arrondie et une étendue moindre de près de moitié. Tout autour, et comme dans leur atmosphère, on remarquait plusieurs érosions disséminées, à fond rouge et mollasse, mais peu étendues. Ces ulcères avaient un fond inégal d'une coloration rouge sombre d'un mauvais aspect, sans

trace de bourgeons charnus, mou, exhalant un liquide ichoreux et saignant au moindre contact. Les bords, assez profondément découpés en petites languettes anguleuses, étaient décollés, plus ou moins renversés en dehors, amincis et entourés par un cercle diffus livide.

Dès le premier jour, le malade commença le traitement suivant : 1° tisane de salsepareille, 1 litre, avec addition de 1 gramme d'iodure de potassium; 2° une pilule de protoiodure, 2 centigrammes; 3° pansement des ulcères avec le cérat mercuriel ; 4° compression du testicule avec des bandelettes de diachylon. Au bout de quarante-huit heures, un changement extrêmement favorable se faisait déjà remarquer dans l'état des ulcères : ceux-ci avaient perdu leur caractère phagédénique : les bords déprimés ne présentaient plus de décollement; leurs découpures adhéraient au fond par des bourgeons fermes et serrés ; la coloration environnante avait pris un aspect moins sombre ; le suintement était de meilleure nature. Au bout de quinze jours, le traitement fut augmenté d'une pilule de protoiodure et d'un gramme d'iodure de potassium. L'engorgement du testicule avait notablement diminué, surtout à la partie inférieure, ce qui faisait paraître l'épididyme un peu plus gonflé en proportion. Après quatre semaines, l'iodure de potassium fut continué seul, et élevé peu à peu à la dose de 5 grammes par jour dans un litre de décoction de salsepareille. Les ulcères étaient pansés alternativement avec du vin aromatique et de l'onguent mercuriel.

Du 20 au 25 mai, après cinquante jours environ de traitement, le testicule avait diminué des trois quarts de son volume anormal; il reprenait de l'élasticité ; l'épididyme était aussi beaucoup moins saillant. Quant aux ulcères, ils étaient entièrement cicatrisés ; et la coloration sombre de la cicatrice s'effaça peu à peu sous l'influence des lotions avec le vin aromatique, des bains et du traitement général toujours continué. Au commencement du mois de juin, le malade a pu sortir de l'hôpital et retourner guéri à Compiègne. Le testicule affecté avait, à très-peu de différence près, repris le volume de celui du côté opposé.

Fracture de l'olécrâne par cause indirecte. — Le nommé Petit, peintre, âgé de seize ans, doué d'une constitution lymphatique, entra, le 12 juin, dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu. Ce jeune homme raconte de la manière suivante l'accident qui lui est arrivé : Étant à se baigner, il voulut plonger et se jeter à l'eau d'une hauteur de sept pieds environ ; or, pour exécuter cette manœuvre, les deux bras sont dans une extension forcée, et les mains appliquées l'une contre l'autre par la face palmaire ; on présente ainsi à la surface de l'eau un angle saillant résultant du contact des doigts allongés et fortement main-

tenus avec la totalité du membre dans l'extension. C'est dans cette attitude bien connue des nageurs que le nommé Petit se précipita dans l'eau ; il ne tarda pas à reparaître à la surface où il se mit à nager ; c'est alors seulement, dit-il, qu'après avoir fait une ou deux brasses, il ressentit une douleur très-vive au coude du côté droit, avec impossibilité de faire agir l'avant-bras ; il nagea alors d'un seul bras, et se hâta de gagner ainsi la rive. Le soir même il se présenta à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis immédiatement. Le lendemain M. Blandin constata l'existence d'une fracture de l'olécrâne près du sommet de cette apophyse ; le muscle triceps brachial avait entraîné le fragment supérieur en haut, et il existait sur le lieu de la fracture une dépression due à l'écartement qui était d'un travers de doigt. La peau de la région olécrânienne n'offrait aucune trace de violence extérieure ; il n'y avait ni ecchymose ni épanchement sanguin ; il existait seulement une légère tuméfaction. Si on réfléchit au mécanisme de cette fracture, on est bien forcé d'admettre, tout extraordinaire que cela puisse paraître, et en l'absence d'une lésion extérieure directe, qu'il reconnaît pour agent la contraction énergique du muscle triceps. M. Blandin appliqua à cette fracture l'appareil amidonné, en prenant la précaution d'appliquer une compresse graduée fort épaisse au-dessus du fragment supérieur; cette compresse est ramenée en avant dans cette direction, et ses deux chefs se croisent au-devant de l'articulation. On évite de la sorte la rétraction consécutive du muscle, qui, dans l'espèce de boîte que forme l'appareil en se desséchant, pourrait se contracter et agir sur le fragment pour se porter en haut, sans l'action consécutive qu'exerce la compresse dont nous venons de parler. L'avant-bras est ensuite placé dans la flexion à angle droit sur le bras. Sans doute on s'expose moins à produire un écartement en laissant le bras dans l'extension; mais on court un danger bien autrement à craindre ; s'il arrivait que l'articulation s'ankilosât le membre étant ainsi étendu, il deviendrait complétement inutile pour les usages de la vie, tandis qu'il pourrait encore rendre de grands services en conservant l'état de flexion.

Un mot sur l'ongle incarné et son traitement. — A propos de deux malades couchés à l'Hôtel-Dieu, à la salle Saint-Jean, et atteints d'onyxis, M. Blandin s'est élevé contre la dénomination d'ongle incarné, d'ongle rentré dans les chairs, que l'on donne à cette affection, dénomination à laquelle l'on doit attribuer le traitement irrationnel usité dans ces cas. L'onyxis est une maladie de la matrice de l'ongle et non de la lame cornée ; il a assez souvent pour cause une affection scrofuleuse ou syphilitique ; mais la cause la plus commune, sans contredit,

c'est la rognure de l'ongle en rondache. Cette manière de couper les ongles a de graves inconvénients : lorsque les ongles, au lieu d'être coupés carrément, sont coupés en rondache, il en résulte, dans la marche, que les parties latérales du doigt, n'étant plus soutenues, débordent et viennent s'offrir au tranchant de l'ongle : de là l'irritation incessante de ces parties, qui ne tardent pas à s'enflammer ; de là la production de fongosités dans lesquelles l'ongle vient s'encastrer. Ce n'est donc pas l'ongle qui est rentré dans les chairs, mais les chairs qui, par suite de l'irritation, se sont altérées, sont devenues fongueuses, bourgeonnantes, et ont recouvert l'ongle. La véritable indication dans le traitement de l'onyxis est donc d'agir sur les fongosités, de les réprimer, et en outre d'écarter les chairs et de les déplacer, ce que l'on fait aisément à l'aide de bandelettes de diachylon, et en introduisant de la charpie sous l'ongle, après l'avoir soulevé.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE (*Du traitement de l'*). Si un grand nombre de bons travaux publiés dans ces dernières années ont éclairé le diagnostic de l'angine œdémateuse en même temps qu'ils ont permis de mieux apprécier la nature et l'étendue des désordres anatomiques qui caractérisent cette maladie, il faut convenir que ces mêmes travaux n'ont pas dissipé le vague et l'indécision qui existent dans tout ce qui concerne les règles applicables à son traitement. A quoi tient cette incertitude dans la thérapeutique, à laquelle cependant les moyens d'action ne manquent pas? Il faut l'attribuer, suivant M. Delasiauve dont nous partageons l'opinion, d'abord à l'insuffisance des détails thérapeutiques dans la plupart des observations qui nous sont transmises sur ce sujet; et ensuite à l'issue de la maladie si promptement mortelle, dans la plupart des cas, qu'il devient presque impossible d'apprécier l'effet positif des moyens qui ont été mis en usage pour la combattre. Essayons néanmoins de préciser, à l'exemple de M. Delasiauve, certaines indications principales qui devront régler l'emploi des diverses méthodes thérapeutiques conseillées par les auteurs : 1° Les émissions sanguines ont été recommandées par Bayle; elles conviennent toutes les fois que la maladie offre des phénomènes de réaction inflammatoire; dans cette circonstance elles doivent être répétées et abondantes. La déplétion par la saignée du bras est plus prompte et plus efficace. Les sangsues mises à l'anus sont d'un faible secours : on doit les appliquer vis-à-vis du larynx. Dans les cas, au nombre de 48, rapportés par M. Delasiauve, les ventouses posées à la nuque et sous la clavicule ont été sans efficacité. Chez les sujets pâles et débiles, les émissions sanguines ne serviraient qu'à accroître le danger de la situation. 2° M. Serres prétend avoir guéri plusieurs malades par le tartre stibié : en général, il est vrai de dire que chaque vomissement est suivi d'une amélioration notable et souvent prolongée; mais, le plus ordinairement, cet effet n'est que temporaire, les accidents se produisent de nouveau. 3° Les purgatifs ont une action lente à se produire, aussi n'est-il guère permis d'y recourir avec quelque chance de succès. 4° Il n'en sera pas de même des diurétiques et des sudorifiques qui, dans les observations (30 et 46), ont paru être les mobiles de crises salutaires. La scille, par ses propriétés apéritives et son action incisive

sur la membrane muqueuse des voies aériennes, doit être considérée comme un spécifique dans cette circonstance. L'opium et les calmants en général peuvent être d'utiles adjuvants pour combattre l'éréthisme local, en même temps qu'ils poussent à une réaction à la peau. Les gargarismes astringents et toniques ne sauraient être d'aucune valeur, le contact du liquide ne pouvant s'exercer convenablement sur les tissus œdématiés. Des divers loocbs, celui où le kermès entre dans une forte proportion convient surtout. M. Delasiauve regrette qu'on n'ait pas accordé plus d'attention à une médication qui dans deux cas fut suivie de guérison. Dans l'un, on donna un gargarisme de moutarde qui provoqua une salivation abondante, ou évacuation non moins copieuse de crachats filants et visqueux; dans l'autre cas, des frictions mercurielles furent pratiquées et donnèrent lieu à un ptyalisme qui amena la résolution des tissus œdématiés. Ces faits ont été observés, l'un par M. Maccartan, et l'autre par M. Bricheteau. M. Legroux se félicite d'avoir, chez un malade, fait des insufflations d'alun. Ces insufflations consistent à faire pénétrer dans le fond de la gorge, le plus près possible des surfaces gonflées, plusieurs fois par jour une certaine dose de la poudre d'alun (2 à 4 grammes). Le résultat serait le même que celui du gargarisme sinapisé, il resserre les tissus; provoque des efforts de toux et donne lieu à l'évacuation de crachats abondants; mais le procédé mis en usage paraît d'une exécution difficile, il est douloureux, et, dans le cas où l'alun, après avoir absorbé les humidités de l'arrière-gorge, ne serait pas rejeté, il formerait une sorte de mastic, de corps étranger, qui rendrait la respiration plus difficile encore. Parmi les révulsifs cutanés, un sinapisme sur le col, et mieux un large vésicatoire ont eu d'heureux effets; ils tourmenteraient sans résultat les malades dont les chairs sont pâles et exsangues. Tous les moyens que nous venons de passer en revue peuvent être et sont malheureusement trop souvent insuffisants, et, quoi qu'on fasse, les choses tournent à un dénoûment fatal. C'est alors que se présentent trois moyens, qui sont : 1° la compression du bourrelet œdémateux à l'aide du doigt, conseillée par M. Tuilier; 2° l'introduction d'une sonde dans le larynx, recommandée par le même; 3° les scarifications du tissu œdémateux pour lesquelles M. Lisfranc a le premier décrit un mode opératoire; reste, en quatrième lieu, la trachéotomie. L'idée de la compression fut suggérée à M. Tuilier par le soulagement qu'éprouvèrent plusieurs malades chez lesquels il avait introduit le doigt pour reconnaître le siége du gonflement de la glotte. M. Lisfranc affirme ne l'avoir jamais vue réussir; ce moyen est généralement abandonné. L'introduction d'une sonde dans le larynx en passant par la bouche a été également rejetée, en raisou non-seulement des difficultés de cette introduction, mais encore des dangers quelle présente par l'excitation qu'elle développe dans la sensibilité du larynx, où elle peut devenir une cause nouvelle de resserrement spasmodique et de toux convulsive. D'ailleurs cette sonde pourrait aisément s'oblitérer par la présence des mucosités dans son intérieur. Avant que la scarification ait été indiquée, on avait avantageusement déchiré avec l'ongle la membrane muqueuse. M. Marjolin a coutume de rappeler dans ses cours un fait semblable où il obtint la guérison à l'aide de ce moyen. Les scarifications donnèrent à M. Lisfranc 6 guérisons sur 7. M. Delasiauve, dans 5 cas qu'il rapporte, constate également un plein succès. Quant aux difficultés de l'opération que nous ne voulons pas dissimuler, on parviendra à les surmonter en suivant exactement les indications données par M. Lisfranc dans la description qu'il a faite du procédé opératoire; c'est par là que nous terminerons : « On se sert d'un bistouri courbe à lame étroite, longue et fixée sur son manche, garnie de linge jusqu'à une ligne de la pointe. On a soin de maintenir les mâchoires écartées en plaçant entre elles un morceau de liége. L'opérateur, placé devant le malade, porte deux doigts dans sa bouche jusque sur le siége du gonflement. Ces deux doigts servent de conducteur à l'instrument. Lorsqu'il est parvenu au niveau du larynx, on en dirige le tranchant en avant et en haut; puis le manche en est élevé et successivement abaissé à mesure qu'on presse sur la pointe. On ne fait que peu de mouchetures et à distance, afin d'éviter l'inflammation qui pourrait naître de leur rapprochement. On les réitère si cela est nécessaire. Dans le cas où on se

déciderait à pratiquer la trachéotomie, nous sommes d'avis qu'on le fasse sans trop tarder. En général, les insuccès qui ont fait blâmer trop sévèrement cette opération, sont dus à ce qu'on opère dans des conditions telles qu'il faudrait mieux s'abstenir; tant il y a peu de probabilité en faveur de la réussite. (*Ann. de la Chir. franç. et étrang.*, mai 1845.)

CALCULS DES FOSSES NASALES (*Remarques sur les*). Une femme de trente-cinq ans vint consulter M. Blandin, il y a environ deux mois, pour une gêne considérable qu'elle éprouvait en respirant, et dont le siége était dans la fosse nasale gauche : elle rendait depuis quelque temps une suppuration fétide par le nez. Elle apportait un calcul gros comme une lentille que lui avait extrait M. Barth peu de jours auparavant à la consultation du Bureau central. Cette malade entra à l'hôpital, elle resta quatre jours dans le service; les trois premiers jours, M. Blandin ôta chaque matin de petits calculs gros les uns comme une tête d'épingle, et d'autres comme une petite lentille; le troisième jour, il en ôta un du volume d'un haricot et d'une surface chagrinée; ce calcul était situé sous le cornet inférieur. Scié, on lui trouva pour base un noyau de cerise. Le nombre des calculs qui ont été ôtés chez cette femme est considérable.

L'analyse chimique faite par M. Bouchardat les trouva constitués par du mucus, du phosphate de chaux et de magnésie, du carbonate de chaux et de magnésie, du chlorure de sodium, et des traces de carbonate de soude.

Cette observation a fourni à M. Demarquay le sujet d'un travail intéressant. Ayant recherché dans la littérature médicale toutes les observations analogues, il en a déduit une sorte de monographie dont nous indiquerons les éléments principaux.

Relativement au siége et aux caractères de ces calculs, ils peuvent se trouver en nombre variable dans les fosses nasales; se développer à droite comme à gauche, dans la partie inférieure ou supérieure, ou même dans les sinus frontaux et maxillaires. Leur volume varie; tantôt gros comme une lentille, tantôt comme un œuf de pigeon. Ils sont isolés ou enveloppés d'une coque membraneuse. Ils ont un aspect chagriné, une teinte noirâtre, grisâtre ou blanchâtre; leur centre est parfois occupé par un corps étranger qui peut être un noyau de fruit ou une racine de dent incisive.

Causes presque toujours inconnues, si ce n'est dans le cas où les calculs ont pour noyau un corps étranger.

Quant aux symptômes, la présence d'un ou de plusieurs calculs dans les fosses nasales peut quelquefois gêner si peu le malade, qu'il s'en plaigne à peine. Dans d'autres circonstances les accidents sont assez graves pour que le malade consulte le médecin. Les plus fréquents de ces accidents sont une certaine sécheresse dans la narine malade, avec sentiment d'obtusion et de pesanteur du même côté, se liant souvent avec une gêne de la respiration; quelquefois même douleurs vives, intermittentes, ayant leur siége dans le nez ou dans le front. Souvent inflammation des parties qui entourent le calcul, et alors écoulement d'un mucus abondant, quelquefois de pus, et odeur tellement fétide que l'affection est méconnue. L'organe de l'odorat peut se déformer et le côté où les calculs ont apparu se gonfler considérablement et devenir douloureux. L'œil lui-même peut participer à cette affection par l'inflammation ou par une supersécrétion de larmes. Vient-on à dilater les narines, il peut se faire qu'on voie le corps étranger, mais quelquefois rien n'est apparent. Si on introduit une sonde, une pince à polypes dans ces mêmes parties, non-seulement ces instruments sont arrêtés, mais encore ils donnent un son mat caractéristique, signe qui peut manquer d'ailleurs quand les calculs sont situés très-haut. Ces calculs ont pu séjourner très-longtemps sans être reconnus; ils ont pu être rendus dans un effort de toux ou d'éternuement, mais le plus souvent il a fallu recourir à l'extraction.

Cette opération est en effet le seul traitement à opposer à cette affection. Quelquefois elle est assez difficile, surtout quand les calculs se sont développés dans le méat inférieur ou encore dans la partie supérieure du nez. Il faut se servir de pinces à pansement, ou de pinces à polypes. L'extraction doit être faite avec précaution, car les aspérités et le volume des corps à extraire pourraient être une cause de désordre pour les parties voisines. Dès que l'opération sera terminée, prescrire des injections

émollientes ou détersives, afin de modifier la vitalité de la membrane muqueuse chroniquement enflammée. (*Arch. gén. de méd.*, juin 1845.)

DENTITION (*De l'incision des gencives dans le traitement des accidents de la première*). Recommandée par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer avec justice M. le professeur Trousseau, l'incision des gencives a trouvé des adversaires. M. le docteur Delarue professe que son usage devrait être universel quand la vie de l'enfant est en danger. Il publie à cet égard un fait digne de remarque.

Appelé auprès d'un petit enfant de huit mois, malade depuis la veille, M. Delarue le trouve dans l'état suivant : bouche enflammée, sans salive, entr'ouverte ; gencives tuméfiées, couleur lie de vin, langue chargée, râpeuse ; envie de presser, de mordre un corps dur ; visage animé, turgescent, mouvements respiratoires et prurit des ailes du nez ; yeux cernés, convulsés, commissures des paupières tendant à s'arrondir, signe terrible, dit l'auteur ; toux grasse, dyspnée considérable, vomissements fréquents, diarrhée intense, selles verdâtres, urines rares et rouges ; ventre sensible, ballonné, physionomie anxieuse ; cris plaintifs ; soubresauts tendineux ; soif vive, refus de téter, peau brûlante, fièvre ardente. Sur cet ensemble de symptômes, l'auteur diagnostique une dentition laborieuse grave, et il propose l'incision des gencives, qu'il pratique immédiatement sur le point où les deux incisives moyennes supérieures doivent percer. Cette opération ne donna que quelques gouttes d'un sang noirâtre, et procura plutôt du plaisir que de la douleur. Dans son langage un peu poétique, l'auteur dit qu'elle couvrit au même instant d'un voile d'espérance cet appareil de symptômes naguère si formidables. Il prescrivit en outre, comme auxiliaires à cette première médication, deux sangsues aux pieds, de l'eau fraîche pour boisson, des lavements émollients, un looch avec l'oxyde blanc d'antimoine, la diète et le repos au frais. La nuit suivante est assez bonne, une dent paraît. Le lendemain au matin mieux sensible ; mais à midi la scène s'assombrit ; deux nouvelles sangsues. Le soir, la mort est imminente, et pensant que ce fâcheux état peut tenir à ce que l'autre dent trouve encore de la difficulté à sortir, l'auteur fait une nouvelle incision qui produit le plus heureux résultat. Le lendemain, l'enfant a une autre dent, il est guéri. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, juin 1845).

DIABÈTES SUCRÉ (*Du carbonate d'ammoniaque dans le traitement du*). M. le docteur Barlow a une extrême confiance dans les alcalins pour le traitement du diabètès sucré. Il aurait même employé avec un plein succès le carbonate d'ammoniaque dans un cas qu'il rapporte. Il s'agit d'un malade de trente-deux ans, qui rendait chaque jour cinq litres d'urine sucrée. D'après la proposition de M. Barlow, on lui fit prendre du carbonate d'ammoniaque. Au bout de six semaines de l'emploi de ce médicament, l'urine avait perdu son caractère diabétique, et l'émission s'en trouvait réduite à deux litres par jour. Le traitement fut encore continué quelque temps pour consolider la guérison qui ne s'est pas démentie depuis. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, juin 1845.)

FIÈVRES INTERMITTENTES (*Emploi de l'achilléine dans les*). Un chimiste italien, M. Zanon, sachant que les paysans des environs de Bellune font depuis fort longtemps usage de la décoction concentrée de mille-feuilles (*achillea millefolium*), dans les fièvres intermittentes, a analysé cette plante et y a trouvé non un alcaloïde, mais un principe nouveau qu'il a appelé *achilléine*. Pour l'obtenir, on fait une décoction concentrée de mille-feuilles, on sature l'acide libre qui y existe avec l'hydrate de chaux ; on précipite la matière colorante à l'aide du charbon animal. On filtre, et l'extrait recueilli est mêlé avec de l'alcool anhydre bouillant. On réunit les liquides alcooliques dans un alambic en y ajoutant un peu d'eau, et l'on distille à sec. Le résidu qui reste au fond du bain, masse extractive d'un jaune brunâtre, d'une saveur amère, est l'achilléine. Le docteur Puppi a fait sur lui-même et sur un certain nombre de malades des expériences desquelles il résulte que l'achilléine, à la dose de 50 centigrammes à un gramme par jour, en solution dans l'eau, guerit très-bien les fièvres intermittentes. Ce médicament pour-

rait, selon ce médecin, remplacer les sels de quinine dans certaines circonstances. (*Annali univ. di med.*, mars 1845.)

FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES *compliquées de pneumonie* (*Observations diverses de*). Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur un premier travail relatif à ce sujet publié par M. le docteur Marcé. (Voy. *Bulletin de thérap.*, t. 23.) Les idées principales de ce travail remarquable pouvaient se résumer ainsi : tout en acceptant les fièvres pernicieuses pneumoniques comme entités morbides spéciales, pouvant et devant prendre place dans la nosologie, M. Marcé reconnaissait la nécessité de les décomposer dans leurs deux éléments essentiels : la fièvre et la congestion viscérale. Il avait cherché à établir que l'élément congestionnel de la fièvre pneumonique avait une allure dissemblable (du moins au point de vue symptomatique) de celle qu'affectait la fièvre coïncidente ; qu'ainsi la fluxion pneumonique persistait au delà de l'accès, persévérait au milieu de l'apyrexie et malgré elle, tandis que le mouvement fébrile propre à la fièvre pernicieuse pneumonique offrait une succession périodique de rémittences ou d'intermittences ne différant pas de celles qui s'observent dans les fièvres d'accès simples. Les effets immédiats du traitement attestaient aussi la différence symptomatique de ces deux éléments morbides : les accès ne tardaient pas à disparaître devant l'efficacité habituelle du sulfate de quinine, tandis que la congestion pneumonique concomitante, parcourant toutes les phases qui mesurent le cours d'une pneumonie ordinaire, n'arrivait à une résolution complète que d'une manière graduelle et progressivement décroissante. Quant à la localisation de la fièvre pneumonique pernicieuse, il semblait à l'auteur, d'après des résultats statistiques, qu'elle s'effectuait le plus ordinairement vers la moitié gauche de l'appareil pulmonaire, et, rattachant ce fait à une loi plus générale, appuyée, suivant l'auteur, sur de très-nombreuses analogies, il établissait que, dans nos climats du moins, les fluxions diverses qui s'opèrent sous l'influence de la fièvre intermittente convergent ordinairement vers la moitié gauche du corps, et que les organes distribués sur cette ligne seraient le plus habituellement le foyer ou le siége de cette espèce de manifestations morbides.

Dans ce nouveau travail, M. Marcé a continué l'étude de ce sujet obscur et complexe qui avait déjà attiré l'attention de Torti et de Morton, et sur lequel les recueils modernes renferment plusieurs documents.

Les observations, au nombre de quatre, qui font la base de ce nouveau travail, présentent des caractères différents de ceux que M. Marcé avait précédemment fait connaître. Dans les premières, la fièvre et la congestion viscérale avaient la même date d'existence; dans celles-ci on voit que les maladies furent, dans le principe, des fièvres intermittentes simples; elles se montrèrent telles pendant une certaine série d'accès; puis, plus tard, elles se compliquèrent de pneumonies ou de congestions pneumoniques; il y eut alors simultanéité, dans un temps donné, d'un élément fébrile périodique et d'un élément congestionnel pulmonaire. Cette circonstance a jeté quelquefois de l'embarras et de la lenteur dans le diagnostic; on voit avec étonnement, dans une de ces observations, une fièvre tierce se présentant d'abord sous forme bénigne, se compliquer bientôt d'accidents les plus redoutables du côté du poumon, accidents que conjura le sulfate de quinine administré à temps. Dans une autre observation, le diagnostic, incertain et obscur, ne devient assuré qu'après l'administration du sel quinique donné comme tonique. Dans un cas, la fièvre intermittente tierce existait depuis six semaines à l'état simple, lorsqu'elle se compliqua incidemment de double pneumonie; les antiphlogistiques et les contro-stimulants n'amenaient aucune amélioration, lorsque le sulfate de quinine fut prescrit avec un grand succès. Dans un second cas, la fièvre tierce ne devint pernicieuse qu'au septième accès en déterminant une congestion pneumonique à gauche, dont le sulfate de quinine fit justice. Enfin, dans un autre cas qui fut mortel, l'antériorité d'existence appartint à la pneumonie, et elle se compliqua soudainement dans son cours, d'accès fébriles réguliers qu'aucun antécédent n'avait pu faire pressentir.

Il résulte donc des observations de M. Marcé que la coïncidence de la fièvre intermittente et de la pneu-

monie peut s'offrir sous trois conditions différentes : dans un premier cas, la fièvre intermittente, après avoir existé à l'état simple pendant un certain temps, se complique incidemment de pneumonie ou de congestion pneumonique ; dans un deuxième cas, la fièvre intermittente et la pneumonie peuvent être contemporaines l'une de l'autre ; leur apparition est simultanée, et leur marche à peu près parallèle ; enfin, dans une troisième circonstance, la pneumonie est antérieure à la fièvre d'accès.

Ces fièvres périodiques compliquées de pneumonie peuvent affecter tous les types possibles ; cependant, d'après les observations de M. Marcé, ce sont plutôt des rémittences que des accès franchement périodiques.

Le diagnostic de la pneumonie a été toujours, à quelques exceptions près, plus facile que celui de son élément fébrile. En effet, la pneumonie n'a point différé, quant à la marche et aux symptômes, de la pneumonie franche. Cependant elle s'est exaspérée avec le paroxysme, elle s'est amoindrie avec la rémittence, mais dans aucun cas elle ne disparut jamais totalement, quelque complète que pût être d'ailleurs la rémission ou même l'intermittence de la fièvre. Sans nier l'existence des fièvres pernicieuses pneumoniques, M. Marcé trouve que, dans ses observations, la pneumonie et la fièvre d'accès ont eu leur existence indépendante ; aussi les appelle-t-il des *fièvres intermittentes ou rémittentes compliquées de pneumonie*.

Il n'a que rarement observé la coïncidence avec la fluxion pneumonique d'un engorgement de la rate ; mais il a très-habituellement observé un endolorissement prononcé de la région splénique, et cela, que la pneumonie existât à droite ou à gauche.

Dans plusieurs cas de fièvres intermittentes compliquées de pneumonie à gauche, il se trouvait que le point de côté, résultant sans doute alors de la fluxion pneumonique et de la splénodynie des fièvres d'accès, acquérait une intensité véritablement extraordinaire, et constituait, pendant le paroxysme, le phénomène essentiellement pernicieux. La partie moyenne du rebord des fausses côtes gauches était, dans ces cas, le foyer de cette douleur extrême, et le côté gauche de la poitrine devenait ainsi le centre d'irradiations douloureuses qui, s'élançant à la fois vers le haut du thorax et vers la hanche, reproduisaient en même temps les anxiétés de l'angine de poitrine et les douleurs atroces de la névralgie iliolombaire et de la sciatique ; ces douleurs, envahissant ainsi toute la moitié gauche du corps, paralysaient à la fois la respiration, la circulation même, toutes les forces musculaires, et étaient dans ces cas plus immédiatement menaçantes que la fluxion pneumonique elle-même ; la vie était alors sérieusement compromise par la douleur qu'exaspérait chaque accès, et il était urgent d'y mettre un terme par l'emploi du sulfate de quinine.

Tels sont les faits principaux contenus dans ce travail de M. Marcé, dont la communication faite à la Société de médecine de Nantes a soulevé une discussion intéressante. Nous pensons que l'intérêt pratique qui se rattache à ce travail excusera l'étendue que nous avons donnée à son analyse. (*Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 99e livr.)

GONORRHÉE (*Transmission de la*) *par un bain*. La *Gazette médicale* de Milan rapporte un cas de transmission de la gonorrhée extraordinaire, mais auquel les détails de l'observation nous portent à ajouter foi. M. X., âgé de cinquante ans, robuste, ayant une jeune épouse dont il s'éloignait souvent pour la chasse qu'il aimait avec passion, le 24 juillet 1844, étant de retour chez lui, après une chasse de quatre jours pendant laquelle le vin n'avait pas été épargné, vit sa femme deux fois dans la nuit. Celle-ci, dès le moment même, se plaignit d'une ardeur insolite aux parties génitales pour laquelle elle prit le lendemain matin un bain dans lequel elle fit entrer avec elle une de ses filles âgée de huit ans. Le lendemain elle prit un second bain avec une autre de ses filles, âgée de quatre ans ; elle continua à se plaindre de cuisson en urinant. Le 28 juillet, le mari aperçut sur lui-même, à l'orifice de l'urètre, une goutte blennorrhagique bien caractérisée ; l'affection suivit son cours habituel, s'accompagnant pendant la nuit d'érections très-douloureuses. Le 30 du même mois, l'aînée des deux filles devint inquiète, accusa un besoin fréquent d'uriner et une vive cuisson en y satisfaisant ; le lendemain elle commence à tacher son

linge d'un écoulement gonorrhéique. Les mêmes phénomènes apparurent le 1er août chez la cadette. Le mal existait encore chez le père et les deux filles le 18 août. Le mari vint consulter M. le docteur C. A.; il n'avait aucun soupçon sur sa femme; il attribuait uniquement à la chasse sa maladie et celle de sa femme, dont il croyait sincèrement avoir été la cause première. Il ne fut pas détrompé par le médecin qui lui recommanda à cet effet de renoncer à la chasse et de ne plus s'éloigner aussi souvent à l'avenir de sa jeune femme. (*Gazette méd.*, mai 1845.)

INSUFFLATION DE L'AIR (*De l'*) *dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente.* L'insufflation de l'air dans les cas de mort apparente des enfants naissants, et même dans l'asphyxie des adultes, a été généralement abandonnée. Les uns l'ont regardée comme très-dangereuse et provoquant des accidents graves; d'autres, comme tout à fait insuffisante et ne remplissant pas l'indication qu'on se propose, la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires. M. le docteur Depaul a cherché à réhabiliter ce moyen. Dans un travail intéressant, qui n'est pas encore entièrement publié, il établit que l'insufflation, méthodiquement faite, est non-seulement sans dangers, mais encore que, par ce moyen, il a pu rappeler à la vie des enfants naissants chez lesquels tout autre moyen avait été impuissant et qui seraient morts certainement. M. Depaul n'a pas encore publié les observations qui viennent à l'appui de son opinion, ni le procédé dont il s'est servi. Nous reviendrons sur ce sujet lors de sa publication. Mais nous devons aujourd'hui appeler l'attention de nos lecteurs sur les distinctions admises par l'auteur dans ce qu'on désigne sous le nom de *mort apparente* des enfants naissants et sur les caractères qu'il assigne aux phénomènes de diverses natures qui la constituent.

A cette dénomination de mort apparente, dit-il, se rattachent deux manières d'être distinctes. Dans l'une, qui correspond à l'anémie de quelques auteurs et à l'asphyxie du plus grand nombre, la pâleur générale de la peau forme un des caractères les plus saillants; la mâchoire inférieure est pendante et la bouche entr'ouverte; la muqueuse buccale est décolorée; les membres sont flasques; le corps abandonné s'affaisse sur lui-même; les pulsations du cordon sont faibles et lentes, quelquefois nulles. Tantôt cet état existe au moment de la naissance, alors que l'enfant n'a ni respiré ni crié; tantôt, il survient seulement quelques instants après, lorsque déjà des cris et des inspirations avaient eu lieu. Il est ordinairement beaucoup plus sérieux que le suivant, et il reconnaît pour cause habituelle les naissances hâtives, la faiblesse congénitale, les obstacles à l'introduction de l'air dans les poumons, les pertes sanguines qui tiennent à des lésions du placenta ou du cordon, etc., etc.

Dans l'autre, qui représente l'apoplexie, toute la peau est colorée; celle de la face surtout offre une teinte livide bleuâtre; les lèvres sont violacées et tuméfiées, les paupières écartées, les yeux saillants, injectés, la langue volumineuse, collée au palais; le cordon est gros, plein de sang; la résolution des membres est moins complète que dans le cas précédent, quelquefois même ils sont le siége d'une certaine rigidité; les battements du cœur et du cordon peuvent être faibles et manquer entièrement. Dans les deux cas on a pu constater l'expulsion prématurée du méconium.

Les conditions qui produisent ce dernier état sont la longueur du travail lorsque la tête est engagée dans l'excavation pelvienne; l'action du forceps si les tractions fortes et longtemps continuées sont nécessaires; les présentations de la face, et surtout celles qui n'ont pas une terminaison prompte; l'accouchement spontané ou artificiel par l'extrémité pelvienne; les compressions du cordon ou du placenta; les contractions irrégulières de l'utérus, comme celles qui résultent souvent de l'action du seigle ergoté.

Quand l'enfant naît avec les symptômes de cette congestion cérébrale, il faut chercher à la dissiper, et, pour cela, on laissera couler, selon la force de l'enfant, d'une à quatre cuillerées de sang par les artères ombilicales. Dans quelques cas rares, on sera obligé d'avoir recours à l'application d'une ou de deux sangsues derrière les oreilles. On juge que la quantité de sang retiré est suffisante, à l'apparition d'une coloration rosée des lèvres et des joues d'abord, puis de toute la peau du corps, qui succède à

la teinte livide qui existait au moment de la naissance. Pendant que le sang coule, il faut s'assurer que la partie supérieure des voies aériennes n'est pas obstruée par des mucosités qui se trouvent souvent en grande quantité au fond de la bouche, et les retirer avec le petit doigt recourbé en crochet, ou avec les barbes d'une plume; si tous ces moyens, aidés de légères percussions et de frictions sèches, n'ont pas été efficaces au bout de huit à dix minutes, M. Depaul conseille de recourir, sans plus tarder, à l'insufflation pulmonaire.

Dans le second état, asphyxie et anémie des auteurs, M. Depaul donne le même conseil, si le bain chaud, rendu un peu excitant par quelque alcoolique, les frictions sèches ou irritantes, la titillation de la luette et des narines, et tous les autres moyens employés en pareil cas n'ont produit aucun résultat avantageux.

Dans un second article nous indiquerons le procédé recommandé par M. Depaul pour pratiquer avec succès l'insufflation pulmonaire. (*Journ. de méd.*, juin 1845.)

LEUCORRHÉE (*Sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans la*) *et les ulcères du col de l'utérus.* Nous avons, il y a quelques années, publié un article de M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, sur les bons effets qu'il retirait comme remède topique dans les leucorrhées et les ulcérations du col utérin, d'un alcoolé tannique dont il indiquait la préparation. Ce médecin publie aujourd'hui de nouveaux faits pour montrer les avantages de ce moyen. Il a traité et guéri : 1° une blennorrhagie avec ulcère granulé du col utérin ; 2° un ulcère vénérien du col de l'utérus ; 3° un ulcère atonique du col avec leucorrhée ; 4° un ulcère fongueux de l'utérus avec engorgement du col, prolapsus et leucorrhée; une leucorrhée et urétrite purulents, suite de blennorrhagie. Ces faits, choisis entre une multitude d'autres, dit M. Gibert, doivent appeler l'attention sur un remède à la fois héroïque et inoffensif, mais qu'il est loin de donner comme un spécifique.

Nous allons rappeler la préparation de cet alcoolé. On introduit dans un assez grand appareil à déplacement huit livres de poudre grossière de noix de galle; cette poudre, étant légèrement tassée, est recouverte d'une lamelle cribleuse en zinc, on verse dessus cinq litres d'acool à 33°. On laisse le liquide en contact avec la poudre pendant trois ou quatre jours, après quoi on le laisse couler par le robinet. Cette opération est répétée trois à quatre fois avec une nouvelle addition d'alcool jusqu'à ce que la poudre soit bien épuisée. Quinze litres d'alcool suffisent pour cela ; alors on remplace l'alcool par l'eau qui, ajoutée à la quantité de 5 ou 6 litres, déplace et chasse au-dessous d'elle l'alcool que retient la poudre. Tout l'alcool est réuni alors dans le bain-marie d'un alambic pour être distillé, et cette distillation permet de recueillir environ 14 litres d'alcool sur les 15 employés dans l'opération.

Il reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait sur lequel encore chaud on verse deux litres d'alcool. La solution opérée, on aromatise avec les essences de bergamotte, citron, la vande, etc., et la teinture alcoolique de benjoin. On laisse refroidir et l'on filtre au papier. L'on a alors une liqueur brune, limpide, astringente et aromatique qui est l'alcoolé tannique de M. Gibert.

Cette liqueur s'emploie en injections dans la proportion d'un huitième environ sur sept huitièmes d'eau. C'est la proportion la plus élevée. C'est surtout dans les écoulements des femmes que ces injections sont utiles, elles sont trop fortement astringentes pour le canal de l'urètre chez l'homme. Les femmes doivent se servir d'une canule de gomme élastique à une seule ouverture, de manière à ce que le jet du liquide pénètre bien dans la profondeur du vagin et vienne encore frapper avec une certaine force le col de l'utérus.

Les affections utérines se réduisent, selon M. Gibert, chez la plupart des femmes qui n'ont ni cancer, ni tumeurs de diverse nature, ou à des maladies vénériennes (ulcères soit primitifs, soit consécutifs du col de l'utérus ou suites de blennorrhagie): dans ces cas l'alcoolé est utile, mais on doit y joindre un traitement mercuriel; ou bien ce sont des leucorrhées, effets ou cause d'un état général qui réclame les premiers soins: dans ces cas il y a souvent congestion passive du col, usure accidentelle, prolapsus utérin. Dans tous ces cas l'alcoolé tannique, soit comme adjuvant, soit comme médication princi-

pale, est un remède topique qui a les plus grands avantages. (*Revue méd.*, mai 1845.)

LUXATION INCOMPLÈTE DE L'HUMÉRUS EN HAUT (*Sur un cas de*). Pour confirmer plusieurs des nombreux aperçus théoriques qui se sont produits dans ces dernières années relativement à la forme et au mécanisme des divers déplacements de l'humérus sur le scapulum, il est rare que les auteurs aient été à même de fournir la preuve anatomique. Aussi est-ce une occasion que l'on ne doit pas négliger que celle où elle se présente à l'observation ; c'est le moyen le plus sûr de dissiper tous les doutes qui pourraient obscurcir une question importante de chirurgie, et de rendre, à son égard, toute contestation impossible. C'est en vue de ce résultat que nous appelons l'attention de nos lecteurs sur les faits anatomiques qui vont suivre et qui démontrent la possibilité d'une luxation qui, jusqu'à présent, n'avait pas encore été signalée par les pathologistes. Dans ses dissections, M. Smee trouva un cadavre qui offrait les dispositions anatomiques suivantes : le muscle deltoïde étant enlevé, on reconnut que la grosse tubérosité de l'humérus se trouvait transformée en une surface articulaire en rapport avec une autre surface constituée par l'acromion et une partie du muscle deltoïde ; ces deux surfaces articulaires étaient maintenues en contact par un tissu cellulaire dense qui constituait une sorte de capsule nouvelle, et jouaient aisément l'une sur l'autre. Les muscles sus et sous-épineux avaient été arrachés de leur tubérosité d'insertion ; cet arrachement avait perforé la capsule articulaire normale et l'avait fait communiquer avec la capsule de nouvelle formation ; une partie de l'éminence d'insertion paraît avoir cédé à l'effort exigé pour que le déchirement musculaire ait pu s'effectuer. La tête de l'humérus et la cavité glénoïde ne sont pas altérés ; leur jeu est facile. En bas, la capsule humérale est saine ; les muscles sous-scapulaire et grand rond s'insèrent en leur point normal. Le tendon du biceps est déchiré et adhérent à la coulisse bicipitale ; les différentes parties de la capsule sont enveloppées et consolidées par des bandes fibreuses. Ces diverses lésions, et notamment la déchirure du tendon du biceps et des autres muscles, fait que la tête de l'humérus n'est plus bridée dans ses mouvements ; que les efforts exécutés par les muscles deltoïde et pectoral, au lieu de faire rouler cette éminence sur la cavité glénoïde, la rapprochent au contraire de l'acromion et la mettent en contact avec cette surface nouvelle. L'action continue de ce mouvement contribua au développement de la nouvelle surface articulaire et de la membrane synoviale qui la doublait.

Par quel mécanisme cette variété de luxation scapulo-humérale dut-elle se produire ? M. Smee nous l'apprend jusqu'à un certain point, en signalant sur la clavicule du même côté des traces d'une ancienne fracture. Il est probable dès lors que l'épaule dans sa totalité a été l'objet d'une violence considérable qui a pu produire le double résultat que nous venons d'indiquer : fracture d'une part et luxation de l'autre, par suite des graves désordres survenus dans l'articulation. (*The Lancet*, et *Ann. de Chir. fr. et étr.*, mai 1845.)

MANIE FURIEUSE *guérie par l'expulsion de vers lombrics par le vomissement*. Esquirol rapporte que Chaud, Selle, Van-Swieten, ont observé des guérisons de la folie après l'expulsion des vers; il a vu lui-même à la Salpêtrière plusieurs cas de guérisons semblables. L'observation que produit M. Rolland, médecin au Mas-Grenier (Tarn-et-Garonne), toute remarquable qu'elle est, n'a rien d'incroyable. Un brossier, nommé Dussaud, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament très-impressionnable, est pris, le 25 janvier 1830, d'une grande agitation, avec confusion dans les idées; sa figure, ordinairement pâle, est fortement colorée, ses yeux injectés ; il ne reconnaît personne, il menace, il se jette avec violence sur les assistants. On parvient à l'attacher. Une large saignée, un bain tempéré de deux heures avec de l'eau glacée sur le front, restèrent sans résultat. L'accès durait depuis près de quatre heures avec la même violence, lorsque M. Rolland ordonna une potion antispasmodique où entrait de l'éther sulfurique à assez haute dose. Peu de temps après l'administration de la première cuillerée, le malade fit quelques efforts pour vomir; il rejeta quelques mucosités avec un ver lombric très-long et vivant; une se-

conde cuillerée détermina presque immédiatement l'expulsion d'un second lombric. Le calme fut à peu près complet, la potion continuée procura le rejet d'un troisième ver et la cessation de tous les symptômes. Dussaud recouvra de suite la plénitude de ses facultés qui, depuis cette époque, il y a quinze ans, n'ont pas éprouvé la plus légère atteinte. (*Journ. de Méd. de Toulouse*, mars 1845.)

MÉLANOSE PULMONAIRE (*De la*) *chez les mineurs*. M. le docteur Brockmann vient d'attirer l'attention sur une affection particulière aux mineurs de la Saxe, et qu'il croit susceptible d'être placée parmi les mélanoses du poumon.

Ses caractères anatomiques sont essentiels, accidentels et secondaires. Le caractère essentiel consiste dans une coloration noire des poumons dans toute leur étendue, couleur variant de nuance, d'intensité et d'étendue, suivant les degrés de la maladie. Dans son summum d'intensité, les poumons offrent dans toute leur étendue une masse noire et poisseuse qui laisse écouler un fluide épais, écumant, ce qui prouve qu'ils sont encore perméables à l'air; aucune anomalie, d'ailleurs, ne s'observe dans leur structure. Aux altérations accidentelles se rapportent des tubercules miliaires, des tumeurs squirrheuses, de petites cavernes, altérations qui présentent aussi la couleur du tissu melané. Enfin aux altérations secondaires se rapportent les fausses membranes des plèvres, l'épanchement d'eau dans le thorax et le péricarde, l'atrophie du cœur et du foie. Les symptômes varient d'après les diverses périodes de la maladie. Dans la première, pas de symptôme caractéristique. Dans la seconde période commence l'altération des traits; la figure devient noirâtre et peu à peu tout le reste du corps. On remarque, en outre, une diminution notable des forces, un manque d'appétit, une pesanteur à l'épigastre et une digestion difficile, des douleurs légères dans les membres[1], dans le dos et dans les muscles de la poitrine. Toux tantôt sèche, tantôt humide, et palpitation de cœur. L'auscultation et la percussion n'indiquent rien. Cet état peut durer plusieurs années sans que le malade s'occupe trop de sa position jusqu'à la troisième période. Dans celle-ci, altération des traits de plus en plus prononcée, couleur de la face d'un noir plus foncé, maigreur extraordinaire et générale, affaiblissement progressif, perte graduelle de l'appétit, douleurs erratiques se concentrant quelquefois à l'épigastre, augmentation de la toux, expectoration de crachats grisâtres, renfermant quelquefois du sang et mêlés à des stries noirâtres. Dyspnée très-forte et caractéristique, troubles variés de la digestion, constipation. Douleurs atroces dans tous les muscles, surtout la nuit. Dans la quatrième période, le visage, les membres, et surtout les pieds s'enflent, le malade peut à peine se tenir sur ses jambes; décubitus dorsal rendu impossible par l'épanchement du thorax et du péricarde. Expectoration d'une masse noire comme de l'encre, quelquefois d'une couleur gris cendré, douleurs musculaires augmentant d'intensité; un mouvement fébrile se joint à tous ces symptômes, et, dans les derniers temps de la maladie, une fièvre lente survient. Plus la maladie dure longtemps (ordinairement elle dure des années avant que la mort arrive), et plus il y a des moments d'exacerbation et de rémission. Enfin, une prostration complète des forces arrive, le dégoût de la vie augmente, l'insomnie est continuelle, les lèvres deviennent livides, les extrémités des doigts sont froides et bleues, les ongles se courbent et tombent quelquefois. Une paralysie du cerveau et des nerfs de la respiration peut survenir et causer subitement la mort.

Quant à la nature de la maladie, ses symptômes et sa marche, dit M. Brockmann, indiquent qu'elle est une consomption, une véritable phthisie qui se distingue de la plupart des autres phthisies par le manque des altérations anatomiques. Les quelques changements qu'on trouve n'expliquent pas suffisamment les symptômes qu'on observe pendant la vie. Elle a beaucoup de rapport avec le marasme sénile où le malade dépérit constamment sans qu'on puisse localiser le siége de la maladie. Il ne saurait comprendre cet état de marasme dans la mélanose pulmonaire si l'on n'admettait pas que le pigment des poumons est produit par autre chose que par l'introduction de matières charbonnées. L'auteur croit que chez les mineurs le sang est modifié 1° par l'air qui est altéré dans les mines; 2° par le charbon; 3° par

le défaut d'activité dans la circulation chez les ouvriers qui ne se donnent pas assez d'exercice. Il faut joindre à cela l'entassement des ouvriers même hors des mines, les vêtements mouillés qu'ils ont l'habitude de porter constamment.

Les indications thérapeutiques consistent, dit l'auteur, à modifier le sang qui est hypercarbonisé. Dans ce but, on donnera des préparations d'oxyde de fer, des évacuants, notamment le calomel uni au jalap; on prescrira les alcalins, l'extrait aqueux d'aloès, la rhubarbe et les bains de Carlsbad. On peut avoir recours aux dérivatifs et aux moyens palliatifs pour calmer la toux. Dans la dernière période, on doit avoir recours aux toniques, aux amers et aux antispasmodiques. On prescrira les diurétiques contre l'anasarque qui se déclare promptement. (*Journ. de chirurg.*, juin 1845.)

PHLÉBITE *survenue à la suite d'une saignée.* Nous sommes de l'avis de M. Kemmerer, auteur de l'observation suivante; on ne saurait trop multiplier la relation de faits analogues, surtout quand on a été assez heureux pour en enrayer la marche.

L'auteur pratiqua une saignée du bras, sur la médiane céphalique, chez un malade atteint de fièvre intermittente. L'ouverture fut large, le jet du sang rapide. Deux jours après, douleur assez vive dans le bras. La plaie était fermée, mais la céphalique radiale, près du poignet, offrait un développement assez considérable, avec douleur à la pression. Bain du bras, bandage compressif. Pendant cinq jours, même état, mais le lendemain la phlébite a gagné le dos du bras et s'avance vers le coude. Trente sangsues, bain, bandage roulé. Deux jours après, de gros cordons saillants, partant du bas de la céphalique, couvrent toute la partie postérieure du bras et le coude. Formication insupportable dans tout le trajet des vaisseaux. La main et la partie postérieure du bras sont œdématiées. Quarante sangsues, onctions mercurielles à haute dose, bain, bandage roulé. Ce traitement n'améliore pas les choses, des symptômes généraux se manifestent, le malade ne dort plus, il délire. 40 sangsues, couche permanente de pommade mercurielle sur le bras. Les symptômes généraux tombent, mais la phlébite gagne le bras et toutes les veines semblent prises. Alors, M. Kemmerer, se rappelant les bons effets des grands vésicatoires, en applique un depuis le deltoïde jusqu'au coude. Le malade en souffrit beaucoup; mais douze heures après, la douleur lancinante des veines et l'œdème n'existaient plus. Les veines reprirent leur volume habituel dans l'espace de quelques jours, et moins d'un mois après, le malade commença à se servir de son bras.

Il est à remarquer que cet homme, quelques années avant, ayant été saigné à la jambe, avait eu une phlébite, mais moins grave que celle-ci. M. Kemmerer a aussi rencontré un homme qui, ayant été saigné trois fois, eut trois phlébites assez graves. L'ayant saigné une quatrième fois, il lui tint pendant deux jours le bras entouré d'un bandage compressif et dans une position presque verticale. La phlébite ne s'est pas développée. L'auteur croit avoir remarqué que tous les individus qui ont eu des phlébites à la suite de la saignée avaient les veines très-développées. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, juin 1845).

PHTHISIE PULMONAIRE (*De la possibilité de la guérison de la*). Les faits que signale M. H. Bennet sont depuis quelques années connus en France. Ainsi les cicatrices des poumons, les dépôts de matière calcaire et crétacée trouvés là où l'on suppose que des cavernes ont existé, ont été signalés par plusieurs observateurs, Laennec, MM. Roger et Boudet, etc. Sur la nature de la maladie, M. Bennet reproduit encore des opinions connues en France; MM. Roche, Fournet, Amédée Latour, ont dit depuis longtemps que la cause pathogénique des tubercules, celle qu'il faut surtout s'attacher à combattre, réside principalement dans un état morbide du sang, résultat d'une nutrition imparfaite. Quant au traitement, M. Bennet propose de combattre la dyspepsie et les autres incommodités gastriques à l'aide de vomitifs et de l'usage de la naphthaline; ce dernier médicament surtout lui a paru produire d'excellents effets; de prescrire un régime lacté, des substances plutôt oléagineuses et grasses qu'albumineuses; d'administrer l'huile de foie de morue; faire habiter un climat d'une température égale; enfin, combattre l'inflamma-

tion dans la première période par des saignées locales, dans la seconde par des contre-stimulants. L'auteur cite plusieurs faits qui semblent appuyer sa doctrine. (*The London and Edinb. journal*, et *Journ. des Conn. méd.-chir.*, juin 1845.

PHTHISIE PULMONAIRE (*Traitement chirurgical de la*). Ce titre étonnera beaucoup nos lecteurs, sans doute; le procédé que recommande M. le docteur G. Robinson les surprendra plus encore; et, néanmoins, ce procédé n'est pas nouveau, car, il y a plus d'un siècle, Barry l'avait déjà recommandé; chez nous, M. Bricheteau l'a mis une fois en pratique et a publié sur ce sujet un mémoire étendu. M. Robinson établit d'abord qu'une des causes qui s'opposent à la guérison de la phthisie pulmonaire, c'est la difficulté qu'éprouvent le pus et la matière tuberculeuse à s'écouler au dehors. De là de fréquents accès de toux, une violente inflammation des bronches, même dans leur partie saine, et l'absorption inévitable d'une portion de cette matière demi-putréfiée qui résulte de la décomposition des masses tuberculeuses. Après avoir rappelé qu'on a observé dans le poumon des cicatrices qui établissent la possibilité de la guérison des excavations tuberculeuses, il cherche à prouver que l'on peut découvrir avec *assez d'exactitude*, au moyen du stéthoscope, le siége précis de la maladie; que la plèvre présente *en général* des adhérences au niveau des portions qui sont infiltrées de tubercules, et que l'on a vu des fistules pulmonaires exister pendant longtemps sans compromettre l'existence de l'individu. C'est sur ces données que l'auteur a établi son procédé opératoire; il consiste, après avoir déterminé la situation de l'excavation tuberculeuse, à comprendre dans une incision d'un pouce la peau et le tissu cellulaire sous-jacents, à placer ensuite dans la plaie de la potasse caustique, jusqu'à ce qu'on ait atteint le foyer. Quant à la crainte d'une hémorrhagie ou d'une inflammation de la plèvre que pourrait occasionner l'opération, l'auteur établit que cette opération ne peut rien amener de pareil, d'abord parce que la circulation pulmonaire est presque entièrement interrompue dans les points où il existe des cavernes, ensuite parce que les cavernes sont ordinairement circonscrites par des adhérences.

Tout cela nous paraît fort audacieux autant en doctrine qu'en pratique. Qu'est-ce qui prouve que la présence des matières liquides soit l'obstacle principal à la guérison de la phthisie? Comment M. Robinson a-t-il pu oublier que l'immense gravité de la phthisie se déduit de la sécrétion tuberculeuse incessante, de cette diathèse générale et profonde qui produit le tubercule? et comment n'a-t-il pas vu que guérir une caverne ce n'est rien faire si l'organisme n'est pas tellement modifié que le tubercule ne puisse plus être déposé dans la trame pulmonaire?

Cette précision de diagnostic sur laquelle il se base pour porter le caustique avec certitude sur la caverne, n'est très-souvent qu'une déception. Et, d'ailleurs, comment agir sur des cavernes situées sous le creux axillaire, et en arrière sous les fosses de l'omoplate?... Nous ne ferons pas à nos lecteurs l'injure d'insister plus longtemps sur une manœuvre qui, toute téméraire qu'elle soit, paraît avoir été et devoir être encore plusieurs fois employée en Angleterre. (*London medic. gaz.*, et *Arch. génér. de méd.*, juin 1845.)

RUPTURE SPONTANÉE DU CŒUR (*Observation de*). La science possède un très-petit nombre de faits de ruptures dites spontanées du cœur au milieu de la santé la plus florissante et sans cause appréciable. Bien que l'art soit tout à fait impuissant en cas semblable, il peut ne pas être sans utilité de reconnaître l'accident; aussi donnerons-nous ici l'analyse de deux observations qui ont offert une telle analogie de symptômes qu'on pourrait les considérer comme caractéristiques de cet accident redoutable.

M. le docteur Roché rapporte qu'une femme de quarante-cinq ans, très-grasse et bien portante d'ailleurs, fut prise subitement dans la nuit de nausées et de douleurs violentes dans la région précordiale. Appelé à 2 heures du matin, le père de l'auteur trouva cette malade dans l'état suivant : la face est rouge, animée, le pouls est naturel; la malade se plaint d'une *douleur brûlante*, insupportable, occupant la région précordiale; nausées et vomissements. Trois heures après, pouls petit, misérable, intermittent; les nausées et la douleur

brûlante de la région précordiale subsistent. La malade resta dans cet état jusqu'à 10 heures du matin, heure à laquelle elle expira en s'entretenant avec les personnes qui l'entouraient.

On ouvrit cette femme et on trouva le péricarde fortement distendu par de volumineux caillots de sang noir que l'on apercevait à travers son épaisseur; en incisant cette poche, il s'en échappa plusieurs caillots dont la réunion formait un volume du poids de 500 grammes. Le cœur était entouré d'une grande quantité de graisse; sa couleur, son volume et sa texture étaient naturels, mais il présenta deux ruptures récentes dont l'une, située vers les deux tiers du ventricule gauche, d'une circonférence de 10 à 12 millimètres, intéressait le ventricule de dedans en dehors, sans qu'il fût possible de remarquer aucune lésion organique de cette région; le ventricule et l'oreillette de ce côté étaient entièrement vides; une semblable rupture, ayant les mêmes caractères et les mêmes dimensions, occupait la partie inférieure de la cloison et faisait ainsi communiquer les deux ventricules. Les autres parties du cœur étaient dans l'état naturel.

La seconde observation, propre à l'auteur lui-même, est relative à un homme de soixante-dix ans, auprès duquel il fut précipitamment appelé dans la nuit. Cet homme, fort, robuste, jouissait de la meilleure santé. M. Roché le trouva assis sur son lit; depuis la veille il éprouvait, disait-il, un sentiment de *brûlure inexprimable* à la région précordiale, avec oppression et pesanteur dans cette partie. La face ne présentait rien de particulier; le pouls était naturel, régulier, légèrement élevé; respiration calme, bien que le malade se plaignît d'étouffer; la région précordiale n'offrit rien d'anormal à l'auscultation; point de nausées ni de vomissements, le malade accusait un malaise indicible et un sentiment de courbature générale. Une saignée fut pratiquée qui ne diminua en rien les accidents; cependant le malade put se lever, se promener dans sa cour et dans sa chambre, où vers les 4 heures du soir, en s'entretenant tranquillement avec les personnes qui l'entouraient, il tomba tout à coup raide mort.

Autopsie. A travers le péricarde entièrement sain, on apercevait une masse de caillots sanguins noirâtres, dont le poids pouvait être évalué à 550 grammes. Le *cœur*, recouvert d'une grande quantité de graisse, avait son volume, sa forme et sa texture naturels; le ventricule gauche, à environ 3 centimètres de la pointe, présentait une rupture récente, semi-circulaire, ayant 12 millimètres de circonférence; sa cavité ne contenait qu'un petit caillot sanguin fermant en partie la déchirure et ayant déjà contracté un commencement d'organisation. Deux colonnes charnues étaient rompues tout près de la déchirure.

Ce qu'il faut remarquer dans ces deux observations, au point de vue du diagnostic, c'est ce sentiment de brûlure avec angoisse inexprimable dans la région du cœur, sans que la respiration et le pouls soient d'abord sensiblement altérés. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, juin 1845.)

TARENTISME (*Quelques mots sur le*). Que de choses bizarres et incroyables n'a-t-on pas dites sur le tarentisme et la fameuse araignée dont la piqûre produit cet accident! Voici des observations de M. le docteur Gozzo, médecin instruit qui pratique sur les lieux, et qui réduisent à leur juste valeur les assertions populaires à cet égard.

Dans l'Albissole, province de Savona, où M. Gazzo pratique depuis cinq années, ce médecin n'a jamais observé le tarentisme que pendant les mois de juin, juillet et août, ce qui le porte à croire que cette araignée n'est venimeuse que dans les fortes chaleurs. Les paysans y sont exposés en coupant le foin ou en cueillant l'herbe. Abandonnée à elle-même, la maladie s'accroît pendant trois jours et affecte les formes d'affections beaucoup plus graves qu'elle. Mais à partir du quatrième jour, elle décroît et se termine toujours favorablement du quatorzième au quinzième. Les symptômes les plus ordinaires sont les suivants : respiration anxieuse, toux convulsive, voix agitée et rauque, vomituritions, contractions des muscles abdominaux, suppression des urines, constipation, crampes et spasmes dans les membres, douleurs cuisantes dans la partie mordue, douleurs générales aussi, convulsions.

Le tarentisme offre deux périodes bien distinctes : une période algide et une autre de réaction. Les stimulants diffusibles sont indiqués dans

la première, mais on les cessera dès la première manifestation des symptômes de réaction. Lorsque celle-ci est modérée, la nature se suffit d'ordinaire à elle-même au moyen d'évacuations alvines abondantes, de flux d'urines, de sueurs copieuses ou d'une éruption miliaire. Si le contraire a lieu, on administrera quelques antispasmodiques conjointement avec des diaphorétiques et des purgatifs salins. L'auteur regarde comme inutile l'application de l'ammoniaque sur le lieu de la morsure; l'inoculation du virus de la tarentule se fait d'une manière si subtile et si rapide que la médication locale n'aurait pas le temps de produire son effet.

Aucun des malades que M. Gazzo a observés ne lui a présenté cette passion pour la musique et la danse dont les livres parlent tant et dont ils font l'antidote du tarentisme. Une seule de ses malades, cependant, femme de 32 ans, lui a rapporté qu'au milieu de ses plus violentes souffrances, si elle venait à entendre le son des cloches ou les chansons des villageois, elle avait peine à se contenir, et que, si elle n'eût pas craint de passer pour folle, elle se serait mise à danser, tant il lui semblait que cet exercice l'eût soulagée. (*Giornale delle Scienze mediche*, et *Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, juin 1845.)

TÉTANOS DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS (*Réflexions pratiques sur le*). Fréquent dans beaucoup de pays, le tétanos des nouveau-nés est assez rare en France, surtout à Paris. D'après Dugès, on l'observerait assez souvent à Montpellier. Les traités spéciaux les plus modernes ou n'en font pas mention, ou ne le décrivent que d'après des documents étrangers; on ne lira donc pas sans intérêt les deux observations suivantes publiées par M. le docteur Thore, ancien interne de l'hôpital des Enfants.

Une petite fille d'un jour entra, le 18 octobre 1842, à l'hospice des Enfants trouvés; elle avait été déposée dans le tour pendant la nuit précédente. Elle présentait une induration intense et générale, avec couleur violacée de la peau; elle avait de plus un tétanos bien caractérisé. Les convulsions tétaniques occupaient toute l'étendue du corps, mais surtout les extrémités supérieures; elles se composaient de secousses rapides qui se renouvelaient cinq ou six fois dans l'espace d'une minute; les mouvements étaient peu étendus, et les membres conservaient une continuelle raideur; les secousses sont aussi très-marquées au diaphragme et aux muscles abdominaux; le tronc est tellement rigide qu'il reste droit comme une planche lorsqu'on le soulève avec la main; le rachis offre une courbure assez marquée; mouvements convulsifs dans tous les muscles de la face; les deux mâchoires sont fortement rapprochées, et on les sépare avec la plus grande difficulté; une écume blanche et épaisse s'échappe entre les lèvres et augmente à chaque instant; l'enfant ne peut plus téter, et il est impossible de lui faire avaler la moindre goutte de liquide. Le cri est étouffé le plus souvent, fort et éclatant par moments, surtout lorsque les contractions sont moins violentes; poitrine sonore, respiration inégale, battements du cœur tumultueux. Absence complète d'urine et de déjections alvines. Cordon fortement adhérent, déjà presque desséché, aucune trace d'inflammation autour de l'ombilic.

M. Baron fit appliquer une sangsue derrière chaque oreille, prescrivit un bain tiède, un lavement, des frictions avec l'eau thériacale. Les sangsues coulèrent très-abondamment, et il fallut recourir à la cautérisation pour arrêter le sang. Dès le soir, l'état tétanique diminua, les membres perdirent peu à peu leur rigidité, dans la nuit il n'y avait plus de secousses convulsives, et l'enfant s'endormit tranquillement. Le lendemain et les jours suivants le mieux fit des progrès, et malgré l'apparition du muguet, cette enfant se rétablit parfaitement.

Voici une autre observation dans laquelle le même traitement n'eut pas les mêmes résultats heureux.

Un petit garçon de six jours entra à l'infirmerie le 1er juillet 1842, pour une tout autre maladie que celle dont il est question. Il avait repris toutes les apparences de la santé, lorsque, le 30 juillet dans la soirée, et sans cause connue, il est pris de mouvements convulsifs de forme tétanique.

Opisthotonos très-prononcé; la colonne vertébrale présente une concavité aussi exagérée que possible, et forme un demi-cercle presque complet; tête fortement renversée en arrière; muscles de la face dans une

contraction permanente; paupières constamment fermées; pupilles immobiles; face toute couverte de rides qui ne s'effacent point, mâchoires rapprochées avec violence et fortement serrées, membres supérieurs demi-fléchis et rapprochés au devant du corps; membres inférieurs dans un état de raideur permanent, agités de temps en temps de secousses convulsives; pointe des pieds renversée en dehors, ventre considérablement tendu et résistant à la pression comme une planche; le diaphragme convulsé repousse l'abdomen en avant, de manière qu'il forme une saillie très-forte; la contraction est permanente, jamais de repos ni de relâchement complet; mais toutes les quinze ou vingt secondes des secousses plus violentes ont lieu, et dans ce moment le trismus est plus prononcé, et les membres encore plus rigides. Une écume épaisse s'échappe de la bouche, cri tout à fait absent, respiration haletante, d'une excessive fréquence; rien d'anormal à la cicatrice ombilicale.

Le traitement consista en six sangsues le long du rachis, application de ventouses après les sangsues, un bain tiède, cataplasmes, sinapismes aux extrémités inférieures. Tous ces moyens n'enrayèrent pas un seul instant la maladie, et l'enfant succomba le soir à huit heures.

A l'autopsie, rien d'anormal dans le cerveau ou ses méninges; cervelet légèrement ramolli. Les lames des vertèbres enlevées avec soin, on trouve entre elles et la dure-mère, dans toute l'étendue des régions cervicale et dorsale, une couche de caillots sanguins aplatis et comme écrasés. Le sang est noirâtre et assez consistant.

L'examen auquel se livre M. Thore, d'après les observations connues, n'apprend pas grand'chose sur la nature et les causes de cette affection chez les nouveau-nés. Il se range à l'opinion des auteurs qui considèrent le refroidissement comme la cause la plus générale, et quant au traitement, le plus rationnel lui semble consister dans l'emploi des émissions sanguines. (*Arch. génér. de méd.*, juin 1845).

TINTEMENTS D'OREILLES (*De l'emploi du valérianate de zinc dans les*). Il n'est rien de plus désagréable que les tintements habituels d'oreilles. L'un y ajoute quelquefois une importance très-grande, tandis que, comme certaines surdités, ils ne sont que nerveux. Un médecin anglais, M. Harisson Curtis, fixe avec raison l'attention sur ce sujet, et annonce les bons résultats qu'il a retirés dans ces cas du valérianate de zinc administré à la dose de 15 à 30 centigrammes par jour. Un commis, M. S..., était depuis six ans sujet à des tintements d'oreilles dont rien n'avait pu triompher; le valérianate de zinc, donné en solution dans une infusion d'écorces d'oranges, lui a procuré du mieux en moins de huit jours, et sa guérison complète au bout de trois semaines ne s'est pas démentie depuis. — Une jeune dame de vingt-deux ans, nerveuse, chlorotique et en proie à une tristesse habituelle, avait des tintements d'oreilles insupportables. L'état général une fois amélioré, les tintements d'oreilles ont cédé à leur tour au valérianate de zinc. — Une dame de cinquante-quatre ans était plongée dans une tristesse extrême, et sujette à des migraines intenses. La moindre émotion faisait naître chez elle une surdité nerveuse qui durait plusieurs jours. Le valérianate de zinc a triomphé de ces divers symptômes. (*Med. Times*, et *Journ. des Conn. méd.-chirur.*, mai 1845.)

URÈTRE (*Guérison par autoplastie d'une fistule de l'*). Le fait suivant prouve que, dans certaines lésions anatomiques, il faut que le chirurgien ne se laisse pas décourager par un premier insuccès, et que la persévérance souvent est la garantie du succès. Le 1er novembre 1843, nous voyons le nommé Duvivier, âgé de trente-sept ans, entrer dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, pour s'y faire guérir une fistule urétrale survenue, il y a quatre ans, à la suite d'une rétention d'urine qui, au dire du malade, nécessita l'emploi du cathétérisme : les parties génitales seraient tout à coup devenues très-volumineuses et très-enflammées, et depuis une fistule s'est établie à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum; peu de temps avant son entrée à Saint-Louis, il contracta la syphilis (chancres, bubons, et plus tard une éruption de papules syphilitiques). La fistule siége à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum; elle a 2 centimètres et demi de longueur, suivant la direction du canal,

et 1 centimètre de largeur : toute l'urine est rendue par cette ouverture, au fond de laquelle on voit distinctement le canal de l'urètre. Une sonde pénètre facilement par le méat urinaire, et dans toute la longueur du canal, qui n'a éprouvé aucun rétrécissement. Après vingt jours d'un traitement antisyphilitique, M. Jobert tenta une première urétro-plastie, au moyen d'un lambeau emprunté au scrotum ; le deuxième jour, les fils coupèrent la peau, et le lambeau se détacha.

Peu de temps après, application d'un nouveau lambeau pris, cette fois, dans la région inguinale : au cinquième jour, les fils coupèrent la peau, et le lambeau se détacha comme la première fois. La réunion par seconde intention ayant également échoué, le lambeau se rétracta vers sa base, et se réduisit à l'état d'un petit tubercule cutané, qui se surajouta au scrotum. Vers la fin de mars 1844, troisième opération : M. Jobert, après avoir avivé les bords de la fistule, excisé en dévalant la peau du pourtour de son orifice, dans une étendue de cinq millimètres, fit deux incisions parallèles à l'axe de la verge, de chaque côté de l'orifice fistuleux, et prolongées sur le scrotum dans une étendue de 4 à 5 centimètres, de façon à comprendre en elles un lambeau cutané de 3 à 4 centimètres. Ce lambeau fut détaché à partir de la perte de substance et disséqué jusqu'à sa base, et entraîné ensuite de bas en haut sur l'orifice fistuleux ; il y fut placé de façon à mettre en contact son extrémité libre avec le bord supérieur de la fistule ; toute la périphérie du lambeau fut ensuite exactement unie par la suture entrecoupée au pourtour de l'orifice fistuleux : une sonde de moyen calibre avait été préalablement introduite dans l'urètre ; une légère compression fut établie sur le lambeau, en vue de le maintenir exactement appliqué. Cette fois, l'adhésion fut presque complète ; mais aussi, comme a soin de le faire remarquer M. Jobert, toute trace d'infection syphilitique avait disparu. Il resta toutefois un pertuis latéral pouvant admettre un gros stylet, et par lequel l'urine s'écoulait. A plusieurs reprises, on fit des tentatives vaines pour le fermer, en avivant ses bords et en les fixant entre eux par la suture. Au mois de janvier 1845, nouvelle tentative, à la suite de laquelle le pertuis fut beaucoup diminué. Enfin, au commencement de février, M. Jobert procéda à l'avivement et à la suture des bords de ce pertuis : deux épingles restèrent en place pendant trois jours ; et, quand elles furent enlevées, il restait encore un petit pertuis à peine visible, que les progrès de la cicatrisation et quelques cautérisations au nitrate d'argent finirent par fermer complétement. Aujourd'hui, 30 février, l'urine a cessé de couler par l'orifice fistuleux depuis huit jours ; le gland et les corps caverneux ont repris leur volume normal : la verge n'est ni tiraillée, ni déviée, et il paraît que les cicatrices ne gênent en rien l'érection. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1845.)

UTÉRUS (*Du diagnostic et du traitement des affections de l'*). Il y a dans l'étude des maladies de l'utérus un point fort important sur lequel on ne saurait trop souvent appeler l'attention, je veux parler des sympathies morbides qu'une affection utérine, même légère, éveille si souvent et en si grand nombre : ces accidents sympathiques prennent dans quelques cas un tel caractère d'intensité et de persistance qu'ils jettent le praticien dans une erreur complète de diagnostic ; le conduisant à regarder le phénomène secondaire dont il s'agit comme la lésion principale et essentielle : il arrive de là qu'il s'applique à combattre un trouble fonctionnel qui n'est que symptôme d'une lésion organique dont le siége éloigné reste méconnu ; ainsi la thérapeutique fait fausse route, et s'épuise en une foule de tentatives qui demeurent constamment sans résultat ou qui n'obtiennent qu'un effet incertain et passager. Cet écueil sera facilement évité si, contrairement à l'opinion de quelques médecins qui ont écrit pour démontrer l'inutilité de l'exploration à l'aide du spéculum, on a soin de ne jamais négliger la double voie de diagnostic qu'offre cet instrument d'une part, et de l'autre le toucher. Une observation que nous emprunterons à un mémoire publié par M. Cassin, interne des hôpitaux de Nîmes, démontrera toute l'importance de ce précepte, que pour notre part nous ne manquons jamais de suivre toutes les fois qu'il nous semble que les organes génitaux internes chez la femme ne sont pas dans leur état d'intégrité

normale.—*Obs.* Une femme de quarante-trois ans entra en 1841 à l'hôpital de Nîmes pour se faire traiter d'ulcères vénériens qu'elle avait contractés aux mamelles en nourrissant un enfant infecté. Après deux mois de traitement mercuriel elle sortit guérie. En 1842 elle fut prise d'un iritis syphilitique qui lui fit perdre l'œil affecté. En 1843 la même femme reparut à l'hôpital avec des accidents de tout autre nature : céphalalgie vive, larmoiement de l'œil gauche sans phlogose apparente; face vultueuse, respiration fréquente, saccadée; pouls développé, fréquent; étouffements, douleurs dans le dos, dans la poitrine, mouvements convulsifs de l'abdomen. La malade avait remarqué que son état s'aggravait à l'approche des règles; pendant quatre mois cet état persista ; au bout de ce temps-là, les moyens mis en usage, la saignée du bras et les antispasmodiques avaient assez amélioré la position de la malade pour qu'elle fût en état de reprendre ses travaux : cinq mois plus tard elle rentre à l'hôpital pour les mêmes accidents. Mais cette fois l'attention du médecin se porta sur les organes génitaux, et on reconnut un engorgement considérable du col de l'utérus, qui était profondément ulcéré à droite et recouvert de végétations fongueuses : la muqueuse vaginale était enflammée et le siége d'une sécrétion mucopuruleote abondante. Un traitement approprié fut aussitôt mis en usage, et à mesure que le col revint à son état normal, les accidents sympathiques furent en s'éloignant de plus en plus pour ensuite cesser complétement. Quant à la thérapeutique suivie par les praticiens les plus éminents de la ville de Nîmes, l'une des plus importantes du Midi, M. Cassin nous apprend que, très-peu confiants dans toutes les méthodes empiriques préconisées sans preuves à l'appui dans ces dernières années, ils ont adopté contre les maladies de la matrice le traitement rationnel que M. Lisfranc a le premier formulé, et il ajoute que de nombreux succès lui sont dus à l'hôpital auquel il est attaché. Nous n'insistons pas sur ce traitement bien connu de nos lecteurs, qui ont pu le voir souvent exposé avec détail dans le *Bulletin de Thérapeutique*. (*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, juin 1845.)

VARIOLE DES VACCINÉS (*De la*). L'examen des mémoires envoyés au concours institué par l'Académie des sciences pour le grand prix de vaccine, a donné lieu à un rapport très-remarquable fait par M. le professeur Serres, et dans lequel se trouvent traitées la plupart des questions les plus importantes de ce grave sujet. Nous ne pouvons reproduire, et c'est à regret, un travail si étendu ; l'analyse même est impuissante devant une œuvre toute d'analyse. Il est cependant une portion de ce rapport qui présente un tel intérêt pratique, que nous avons cru être agréable à nos lecteurs en leur en présentant un fragment. Il s'agit, considérant comme démontré que la variole peut atteindre les individus vaccinés, de voir ce que l'observation a appris sur les phénomènes produits par la maladie dans de pareilles conditions. Voici comment s'exprime M. Serres à cet égard :

« Un fait évident ressort de la masse des faits qui ont été observés : c'est que la variole qui attaque les personnes vaccinées est beaucoup moins intense et beaucoup moins grave que la variole naturelle. La vaccine, devenue impuissante pour préserver de la variole, conserve néanmoins son influence bienfaisante sur le variolé.

« Cette influence se décèle, d'une part, par l'affaiblissement des symptômes généraux, et d'autre part, par un amoindrissement simultané dans les phénomènes locaux ou les pustules. De ce double concours résulte le danger moindre de la variole chez les personnes vaccinées. Ce fait déjà connu, rendu manifeste par des observations nombreuses, ne laisse aucun doute dans l'esprit ; c'est une vérité acquise à la science, acquise à l'humanité par des milliers d'expériences : la vaccine adoucit la variole naturelle, et lui enlève une grande partie de sa gravité.

« Ce n'est plus, à la vérité, une préservation complète, mais c'est une préservation contre le danger de la variole.

« La variole après la vaccine n'est ni un fait nouveau ni un fait inattendu. Ce n'est pas un fait inattendu, par la raison que la science avait constaté depuis longtemps qu'il est des personnes et même des familles entières qui sont affectées plus d'une fois de la variole naturelle, par la raison qu'après l'inoculation de la

variole on avait souvent observé des récidives de cette maladie; par la raison, enfin, que Jenner avait constaté lui-même que les personnes occupées à traire les vaches pouvaient contracter deux fois le cowpox naturel, et même la variole par inoculation. Comment espérer que la vaccine serait un préservatif plus puissant que n'est la variole naturelle, plus puissant que la variole inoculée, plus puissant que le cowpox lui-même? N'était-ce pas trop exiger? Aussi les médecins du commencement de ce siècle firent-ils peu d'attention aux cas isolés de variole qui atteignaient çà et là les vaccinés.

« Disons-le toutefois, la médecine eut trop de confiance dans Jenner, qui, dans ses premières considérations sur la vaccine, déclara ce que l'expérience n'avait encore pu lui apprendre, que le virus-vaccin jouissait d'une vertu préservative viagère et absolue. Cette assertion fut détruite par les calculs des médecins du Collége royal de Londres, qui jugèrent, en 1807, que les exanthèmes varioleux atteignaient les vaccinés dans la proportion de 1 sur 3,000; par ceux de William, qui la portèrent à 1 sur 500; ainsi que par ceux d'Edimbourg, qui, en temps d'épidémie, la portèrent à 1 sur 300.

« Quelque arbitraire qu'il y ait dans ces calculs limités à de trop petits nombres de cas, ils attestèrent néanmoins que tous les vaccinés n'étaient pas à l'abri des atteintes de la variole. . . . .

« La position de vos commissaires, depuis trente ans dans les hôpitaux de Paris, celle en particulier du rapporteur à l'hôpital de la Pitié, qui, depuis 1815, n'a pas cessé d'avoir des variolés dans sa division, leur ayant permis de multiplier la comparaison entre les varioles, ce sont les résultats de ces comparaisons qu'ils vont essayer de formuler.

« Si l'on excepte de la pathologie les fièvres intermittentes, il n'y a pas de maladie qui marche avec plus de régularité que la variole naturelle. Les quatre périodes qui la constituent, fièvre d'incubation, éruption, suppuration et dessiccation des pustules, se succèdent avec un ordre et une régularité que rien ne dérange, pas même les complications, pas même les maladies intercurrentes qui en modifient la nature.

« Or, ce que ne font ni les maladies intercurrentes, ni les complications, est produit par l'effet de la vaccination. Son résultat est d'arrêter les périodes de la maladie et de couper court à la variole. De sorte que, lorsque la vaccine a perdu sa vertu préservatrice sur l'invasion de la variole, elle la conserve encore sur ses diverses périodes.

« Ainsi, l'éruption des pustules varioliques ayant eu lieu chez un vacciné, leur suppuration ne se forme pas. C'est le cas le plus simple de varioloïde.

« D'autres fois, la suppuration a lieu en partie, et tout à coup elle se suspend; d'autres fois, la suppuration ayant suivi son cours, c'est la dessiccation qui avorte; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'avortement des pustules est constamment suivi de l'arrêt des symptômes qui leur correspondent. C'est là ce qui produit le peu de gravité de la variole chez les vaccinés. Jamais cet effet n'est plus sensible que dans les varioles dont on a désigné les pustules sous le nom de *cristallines* et de mélanosées, lesquelles, comme on le sait, sont les plus dangereuses de toutes.

« Cet arrêt dans la marche des pustules varioliques modifie beaucoup leurs caractères. Les uns en ont distingué, dans la varioloïde, cinq espèces, les autres onze, et on pourrait les multiplier encore, sans utilité pour la science; car ce sont surtout les périodes qu'elles traversent qui offrent un intérêt réel pour la terminaison de la variole chez les vaccinés. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, mai 1845.)

VÉGÉTATIONS VÉNÉRIENNES (*De la poudre d'alun et de sabine comme topique nouveau pour le traitement des*). Le moyen curatif des végétations vénériennes que nous soumettons à nos lecteurs, est d'une facile application, il ne cause pas de douleur, et jouit d'une efficacité qui s'est déjà révélée un grand nombre de fois, au dire de l'auteur. Ce moyen n'est autre chose qu'une poudre composée de moitié alun calciné et moitié sabine; plus tard on augmente la proportion de l'alun, qui entre alors pour deux tiers dans la composition de la poudre. Depuis quatre mois M. Vidal, chirurgien à l'hôpital du Midi, soumet à ce topique tous ses malades atteints de végétations. Si le gland est naturellement recouvert par le prépuce, en ramenant ce dernier

sur lui, la poudre se trouve maintenue sur les végétations. Dans le cas contraire, un pansement simple atteint le même but. M. Vidal fait remarquer que la sécrétion des parties suffit pour fixer la poudre; mais bientôt elle est arrêtée, car cette poudre est très-absorbante. Chez tous les malades soumis à l'application de cette poudre, les végétations se dessèchent d'abord, puis se flétrissent, perdent leur cohésion, de telle façon qu'on peut, en quelque sorte, les émietter sans produire la moindre douleur. Deux fois par jour il faut renouveler le pansement avec cette poudre qui est plus efficace après une lotion avec parties égales d'eau et de vin aromatique. (*Ann. de la Chir. franç. et étrang.*, mai 1845.)

VÉSICATOIRES (*Procédé pour camphrer les*) Le camphre pulvérisé se grumèle promptement, et ce n'est souvent que d'une manière imparfaite qu'on peut s'en servir pour saupoudrer les emplâtres épispastiques que les médecins prescrivent avec addition de cette substance. M. Vei se sert depuis quelque temps dans son officine d'un moyen qui n'a aucun mérite d'invention, mais qu'il peut être utile de faire connaître, parce qu'il est commode. Il consiste à avoir une solution complètement saturée de camphre dans l'éther qui le dissout en grande proportion, et à en répandre une suffisante quantité sur l'emplâtre. Au moment de le livrer, on l'étend vivement en frottant avec le doigt; une partie des corps gras s'unit au camphre et à l'éther qui, après quelques instants, complètement évaporé, laisse une couche de camphre uniformément étendue. Ce mode est surtout applicable aux vésicatoires anglais qu'on ne saupoudre pas de cantharides, au moyen desquelles on peut aussi diviser le camphre. (*Encyclogr. méd.*, mai 1845.)

VARIÉTÉS.

Projet d'un congrès médical. — Les médecins sincèrement dévoués aux intérêts moraux et matériels de notre profession ont vu depuis longtemps avec peine l'isolement dans lequel les médecins vivent entre eux; souvent la presse a signalé les graves inconvénients de cet état des choses, et, nous associant à des regrets dont nous sentions toute la justesse, nous avons nous-même à plusieurs reprises cherché à ranimer l'esprit d'association et de confraternité que nous avons toujours considéré comme la sauvegarde de nos droits et de nos devoirs. Gémir en silence sur nos souffrances, s'indigner isolément des honteux excès du charlatanisme, réclamer timidement et sans ensemble la satisfaction à nos besoins méconnus, nous a toujours semblé faire œuvre stérile, sans but, sans portée, sans résultat probable. Ce qui nous semblait seulement utile et profitable, c'était une demande collective et aussi générale que possible sur la réparation des maux qui affligent notre corporation; demande faite par la corporation elle-même, qui seule peut connaître l'étendue et la gravité de ses blessures, comme aussi les moyens de les guérir.

C'est dire combien nous sommes sympathique à une idée généreuse et hardie qui, dernièrement émise par un écrivain justement estimé pour ses talents et son caractère, a déjà trouvé le plus honorable accueil parmi les nombreuses Sociétés de médecine que Paris renferme.

Cette idée consiste à provoquer la réunion d'un grand congrès médical où la corporation tout entière serait représentée par des délégués de tous les départements.

Ce congrès aurait pour but de discuter toutes les questions qui se rattachent à une organisation nouvelle de l'exercice et de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Cette idée, disons-nous, a été accueillie avec un grand empressement. Les Sociétés de médecine de Paris ayant nommé des commissaires pour aviser aux moyens de réalisation, une première réunion a eu lieu, qui, selon toute probabilité, avancera singulièrement les choses. Cette réunion a d'abord constitué un bureau par voie de scrutin, qui a désigné comme président M. le professeur Moreau, comme vice-président M. Bataille, comme secrétaire M. Amédée Latour, comme vice-secrétaire M. Richelot.

La première question soumise à cette réunion a été de décider s'il y avait opportunité et convenance à provoquer un congrès médical. Après discussion, cette question a été résolue à l'unanimité.

Il s'agissait de savoir ensuite si le congrès était réalisable, quelle organisation on lui donnerait, quel serait le programme des questions qu'on pourrait y discuter, et, pour l'examen de ces objets divers, une commission a été instituée, composée des membres du bureau ci-dessus nommés, auxquels on a adjoint M. Villeneuve, M. Aubert Roche et M. Blattin. Cette commission s'est constituée séance tenante, et a nommé M. Amédée Latour son rapporteur.

Appeler à la solution des graves questions que soulève l'organisation médicale toutes les lumières de la corporation, nous paraît une grande et généreuse idée. Ne pas renfermer dans l'enceinte de Paris des discussions qui intéressent la corporation tout entière, et auxquelles les médecins des départements peuvent fournir des éléments nombreux et utiles, nous semble donner toutes chances de succès à ce projet. Pour notre compte, nous en désirons vivement la réalisation; nous y contribuerons de tous nos efforts, convaincu que nous sommes qu'il trouvera faveur et sympathie au milieu des Sociétés de médecine de province et de tous nos confrères des départements.

S'il est un axiome d'une incontestable justesse, c'est celui qui conseille de faire ses affaires soi-même: il s'applique aussi bien aux corporations qu'aux individus. Quand le pouvoir, qui ne peut avoir pour nous que de bonnes intentions, connaîtra l'étendue de nos souffrances, le nombre de nos besoins; quand il saura que les unes peuvent se guérir, qu'on peut donner satisfaction aux autres; quand il aura entendu la grande voix de notre famille entière demander pour notre art dignité, pour notre profession estime et respect, comment croire qu'il puisse rester indifférent à nos réclamations, et quel intérêt aurait-il à mépriser nos désirs et nos espérances?

Nous sommes convaincu de l'utilité qu'un congrès médical peut avoir pour la réalisation de tous nos vœux, et de son influence sur l'avénement de cette loi organique depuis si longtemps promise. Aussi attendons-nous avec une certaine impatience le rapport dont la discussion et l'adoption doivent juger de la possibilité de l'exécution de cette grande mesure.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette affaire.

Lettre du préfet de la Seine à l'Académie au sujet des abus qu'on fait du seigle ergoté. — Les médecins de la vérification des décès de Paris ont à plusieurs reprises signalé l'abus que l'on fait du seigle ergoté, soit en ville, soit dans les maisons d'accouchements tenues par des sages-femmes, qui administrent ce médicament le plus souvent sans l'assistance d'un médecin. Pour peu que le travail d'accouchement languisse, pour hâter l'expulsion de l'enfant, on donne le seigle ergoté. Cette pratique a eu souvent des suites funestes pour la vie des enfants et pour la santé des mères, et ce médicament a même servi à provoquer de nombreux avortements. Ces faits ont fixé l'attention de l'administration. Toutefois, avant de provoquer aucune mesure pour réprimer un abus qui se renouvelle trop fréquemment, surtout de la part des sages-femmes, M. le préfet de la Seine a voulu s'entourer des lumières de l'Académie de médecine, et lui a posé, dans une lettre, la question suivante, dont la solution pourra tracer à ce magistrat la marche à suivre dans cette circonstance :

« Quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la vie des enfants et sur la santé des mères ? »

Une commission, composée de MM. Orfila, Villeneuve, Danyau, P. Dubois, Adelon, Mérat et Delens, a été nommée. Nous aurons soin de faire connaître l'opinion qui sera émise.

— Aux nominations que nous avons fait connaître dans la Légion-d'Honneur nous devons ajouter les suivantes : ont été promus chevaliers, MM. les docteurs Levacher, Goullin, à Paris ; Fontan, à Bagnères de Luchon ; Dieulafoy et Dassier, à Toulouse.

— La fortune que vient de laisser en mourant le docteur Abercrombie est si considérable que chacune de ses sept filles a reçu 10,000 liv. sterl. (250,000 francs). En outre ce médecin a légué une somme très-considérable à l'église libre d'Ecosse. La famille a donné en cadeau au Collége royal des chirurgiens d'Edimbourg sa bibliothèque composée de 10,000 volumes.

— On a observé à Moscou une épidémie de parotidites dans la maison des orphelins. La maladie a été surtout fréquente à l'âge de la puberté ; elle n'a pas atteint les enfants au-dessous de sept ans. Trois cents enfants ont été atteints. Les deux sexes figurent dans ce nombre en proportion égale.

— Une place de chirurgien à l'Hôtel-Dieu était vacante par suite de la mort de M. Breschet. Le conseil-général des hôpitaux a nommé à ce poste important M. Jobert de Lamballe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Mais M. Jobert ayant appris qu'on avait réduit l'étendue et l'importance du service de Breschet, que de plus il lui était interdit de faire des leçons cliniques, a refusé l'Hôtel-Dieu et conservera son beau service chirurgical de Saint-Louis, à moins que le conseil ne revienne sur sa décision première.

FIN DU TOME VINGT-HUITIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU VINGT-HUITIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Y.

Z.

FIN DE LA TABLE DU VINGT-HUITIÈME VOLUME.



Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24. Batignolles.